

Année 1954

No

71

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par :

C O D I S René, Henri
né le 3 novembre 1926 à Paris XIVème

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE

[illegible]

Président : Monsieur BARIETY - Professeur -

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

Nom du Candidat : CODIS
Prénoms : René, Henri.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

CODIS - (René, Henri.)
Hernies diaphragmatiques
rétro-costo-xiphoïdiennes
Paris - Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 75 p., dont 15 tab.
+ 11 photos -
(Th. Med.(Et.) Paris 1954
n°)

2

CODIS - (René, Henri.)
Hernies diaphragmatiques
rétro-costo-xiphoïdiennes
Paris - Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 75 p., dont 15 tab.
+ 11 photos -
(Th. Med. (Et.) Paris 1954
n°)

3

CODIS - (René, Henri.)
Hernies diaphragmatiques
rétro-costo-xiphoïdiennes
Paris - Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 75 p., dont 15 tab.
+ 11 photos -
(Th. Med.(Et.) Paris 1954
n°)

4

CODIS - (René, Henri.)
Hernies diaphragmatiques
rétro-costo-xiphoïdiennes
Paris - Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 75 p., dont 15 tab.
+ 11 photos -
(Th. Med. (Et.) Paris 1954
n°)

Année 1954

No

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par :

C O D I S René, Henri

né le 3 novembre 1926 à Paris XIVème

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES
RETRO-COSTO-XIPHOIDIENNES

Président : Monsieur BARIETY - Professeur -

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) - GUILLAIN
HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE - LHERMITTE + LIAN -
LOEPER - MARION - MATHIEU - MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) -
OMBREDANNE - SANNIE - SEZARY - TANON -

DOYENLéon BINET (Membre de l'
Institut)

ASSESSEUR Jean VERNE

I . - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN R.
Carcinologie	OBERLING C.
Chimie médicale	POLONOVSKI M.
(Hotel Dieu	BROCQ P.
Cliniques (Broussais DE GAUMART D'ALLAINES	MONDOR H.
chirurgicales (Salpêtrière	QUENU J.
(Cochin	
Clinique Chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de Cardiologie	DONZELOT E.
Clinique de Chirurgie Infantile et d'orthopédie	FEVRE M.
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD R.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS D.
Clinique de Puériculture	LELONG M.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS R.
Clinique des Maladies du sang	CHEVALIER P.
Clinique des Maladies du système nerveux	ALAJOUANINE T.
Clinique des maladies des enfants ...	DEBRE R.
Clinique des Maladies infectieuses	MOLLARET P.
Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.
Clinique du Diabète sucré et des mala- dies de la nutrition	BOULIN R.
Clinique Gynécologique	FUNCK-BRENTANO P.

Cliniques Médicales	(Hotel-Dieu	BENARD H.
	(Bichat	LAROCHE G.
	(Cochin	MOREAU R.
	(Broussais	DE GENNES L.
Clinique Médicale d'hydroclimatologie	JUSTIN-BESANCON L.	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-LADOT L.	
Cliniques obstétricales	(Tarnier	LANTUEJOUL P.
	(Baudelocque	LEVY-SOLAL E.
	(Port-Royal	LACOMME M.
Clinique ophtalmologique	VELTER E.	
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.	
Clinique physico-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET C.	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER C.	
Clinique Rhumatologique et sociale	COSTE F.	
Clinique stomatologique	DECHAUME M.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE A.	
Clinique urologique	FEY B.	
Embryologie	GIROUD A.	
Génétique	LAMY M.	
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie ...	MOUQUIN M.	
Histologie	CHAMPY C.	
Hygiène et clinique de la première enfance ...	CATHALA J.	
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.	
Médecine du travail	DESOILLE H.	
Médecine Légale	PIEDELIEVRE R.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale .	GALLIARD H.	
Pathologie chirurgicale	N ...	
Pathologie exotique	LAVIER G.	
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.	
Pathologie médicale	BARIETY M.	
Pathologie et thérapeutique générales	N ...	
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.	
Physicochimie médicale (à titre personnel) ...	DOGNON A.	
Physiologie	BINET L.	
Physique médicale	STROHL A.	
Radiologie médicale	DESGREZ G.	
Technique chirurgicale	MOULONGUET P.	
Thérapeutique	TURPIN R.	

II . PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE J.	Bactériologie	(FASQUELLE R.
	(DELMAS A.		(NEVOT A.
	(N ...	Biologie	(BOURLIERE F.
Anatomie	(GAUTHIER-VILLARS	médicale :	
pathologique	(Mile P. (Pr.s.ch.)		
	(BUSSET F.		
	(GOUYGOU C.		

Pathologie médicale	(BERNARD J.
	(BOUDIN G.
	(CASTAIGNE P.
	(CONTE M.
	(DECOURT J.
	(DOMART A.
	(DREYFUS Gilbert
	(FAUVERT R.
	(HAMBURGER J.
	(KOURILSKY R.
	(LAMOTTE M.
	(LAROCHE C.
	(MILLIEZ P.
	(FEQUIGNOT H.
Pédiatrie	(PERRAULT M.
	(LAMBERT P.
	(THIEFFRY St.
Pharmacologie	(TURIAF J.
	(JOSEPH R.
	(LAPLANE R.
Physiologie	(MARIE J.
	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
Physique médicale	(CHEYMOL J.H. Pr.s.ch.
	(BARGETON D. Pr.s.ch.
Pneumo-phtisiologie	(PARROT J.L.
	(DJOURNO A. Pr.s.ch.
Psychiatrie	(GOUGEROT L.
	KREIS B.
Psychiatrie infantile	BARUK H.
	MICHAUX L.
Stomatologie	(CERNEA P.
	(CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS R.

III . PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BRINDEAU A. (Obstétrique) GATELLIER J. (Clinique Chirurgicale) LE LORIER V. (Obstétrique) VAUDESCAL R. (Obstétrique)

Biologie médicale	(ETTORI J. Pr.s.ch. (JAYLE M.F. Pr.s.ch. (SCHAPIRA G.
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT F.
Histologie	(BULLIARD H. Pr.s.ch. (COUJARD R. (N ...
Hydrologie	DEBRAY C.
Hygiène	(BOYER J. (DEPARIS M.
Médecine légale et du tra- vail	(DEROBERT L. (GAULTIER M. (HADENGUE A.
Neurochirurgie	DAVID M.
Neurologie	DE SEZE S.
Obstétrique	(GRASSET J. (LEPAGE F. (MAYER M. (MERGER R. (MORIN P. (RAVINA J. (VARANGOT J.
Ophtalmologie	(OFFRET G. (DESVIGNES P.
Orthopédie	JUDET R.
Oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN E. Pr.s.ch. (AUBRY M. (MADURO R.
Parasitologie	(BRUMPT L. (CHABAUD A.
Pathologie Chirurgicale	(ABOULKER P. (BAUMANN J. (GOSSET J. (HUGUIER J. (LAURENCE G. (LEGER L. (LORTAT-JACOB J.
Pathologie chirurgicale	(OLIVIER Cl. (PADOVANI P. (POILLEUX M. (ROUX M. (RUDLER J.C. (VERNE J.M.
Pathologie expérimentale	MERKLEN P.

IV . PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	(AMELINE A. (MENEGAUX G. (PATEL J. (SICARD A.
Clinique médicale	(BROUET G. (CACHERA R. (GARCIN J.
Clinique Médicale	(HAGUENEAU M. Pr.s.ch. (MARCHAL G. (SOULIE E.
Clinique obstétricale	(DIGONNET L. (ECALLE G.
Clinique ophtalmologique	RENARD G.
Clinique urologique	COUVELAIRE R.

---oOo---

Secrétaire général de la Faculté	MOREL J.
Secrétaire	Mlle CHAINFREUIL G.

---oOo---

Conservateur chargé de la Direction	Docteur HAHN A.
Conservateur	Mlle GOICHON

Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE P. , LENOIR G. (METIN F. , QUIEVREUX E.
-----------------	--

---oOo---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798 , l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées , doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

A mes Parents,

A ma femme,

A ma fille,

A mon frère,

modeste témoignage de ma profonde
affection.

A Monsieur le Professeur Maurice BARIETY

Professeur de la chaire de pathologie médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.

En respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur Roger EVEN
Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a inspiré ce travail,
En témoignage de ma respectueuse
admiration .

A Monsieur le Professeur Henry DESGREZ

Professeur de la Chaire de Radiologie médicale
Electro-radiologiste de l'hôpital la Pitié
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui le premier m'initia à l'Electro-
radiologie,

En respectueux hommage

.....

A Monsieur le Docteur Charles FRAIN

Electro-radiologiste de l'Hôpital Laënnec
Croix de guerre 1939-40

Mes vifs remerciements pour son
précieux enseignement et pour l'in-
térêt qu'il a bien voulu me témoi-
gner.

.....

A Monsieur le Docteur René DEPIERRE
Ex.Chef de Clinique de la Faculté
Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse

Qu'il me soit permis d'exprimer ici
toute ma gratitude.

.....

A Monsieur le Docteur Jean DAMON
Médecin assistant de l'Hôpital Laënnec

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

.....

A tous mes Maitres dans les Hôpitaux.

.....

HISTORIQUE

Nous nous sommes proposés dans ce travail, d'étudier les hernies rétro-costo-xiphoïdiennes aux sources de travaux français seulement. Notre intention n'est pas de faire un historique des études et des cas publiés dans le monde médical, mais nous ne pouvons passer sous silence, les noms des médecins étrangers qui ont contribué grandement à la connaissance de cette affection. Nous nommerons chronologiquement, pour ne citer que les plus connus : MORGAGNI, BEDNAR, HEDBLON.

Les premières observations relatées en France ont été des découvertes d'autopsies et ne constituaient que des curiosités anatomiques, le diagnostic ne pouvant, par les moyens d'investigations d'alors, être porté du vivant des malades. Ainsi, GOBLET en 1846, en signale deux cas. En 1860, DUGUET cite les observations de hernies diaphragmatiques antérieures de FLEURY et DELUIYS, il en fait une étude, tentant de leur refuser tout caractère de congénitalité. En 1884, BOURSIER, dans son dictionnaire encyclopédique des sciences médicales en fait mention, puis NAU en 1903 en publie deux autres cas et il donne une classification identique d'ailleurs, à celle de NELATON qui divise les hernies diaphragmatiques en :

- ~~traumatiques~~
- congénitales : embryonnaires (sans sac)
: foetales (avec sac)
- graduelles ou acquises.

La fin du XIX^e siècle avec la découverte capitale de ROENTGEN (1895) va éclairer la question d'un jour nouveau. La radiologie apporte, modestement au début, un moyen élégant de porter un diagnostic du vivant des malades. Par contre coup, la clinique et la thérapeutique en sont enrichies. Pourtant, le diagnostic radiologique est un fait assez rare puisque en 1923, Pierre DUVAL, déclarait à l'occasion d'une communication faite par CORNIOLEY "... Mr. Cornioley a fait le diagnostic de hernie diaphragmatique droite à l'aide de l'examen radiologique, nous devons l'en féliciter, car la chose est, en effet, quelque peu surprenante, même avec l'examen radiologique, le diagnostic de hernie diaphragmatique droite est très peu souvent porté en dehors de l'étranglement ... ". En 1920, J. QUENU leur consacre une partie de sa thèse. La technique radiologique s'enrichit des examens à l'aide de substances opaques : lavement baryté, ingestion de bouillie barytée; les techniques chirurgicales se précisent, ainsi en 1935, MENEGAUX et CONSTANTINI, CURTILLET et POILLEUX, dans leur rapport au 44^e congrès de chirurgie, font le point de nos connaissances sur le diaphragme et des affections qui s'y rapportent. Ils donnent des hernies

diaphragmatiques une classification adoptée actuellement. En 1943, FUNCK-BRENTANO, LEDOUX-LEBARD et THIROLIX préconisent la phénicectomie dans le traitement palliatif des hernies diaphragmatiques antérieures. En 1948, dans sa thèse de Doctorat, SCHMITT apporte 3 cas inédits de CAZEILLES. En 1951, DENISART reprend les trois observations de J. QUENU et consacre une étude très détaillée aux hernies rétro-costo-xiphoïdiennes. SANTI et MARGOTTON en 1951, en publiant sept cas nouveaux, mettent l'accent sur l'étiologie traumatique probable. De 1951 à 1953, onze observations paraissent et certains auteurs comme BROCARD, ROCHE et DAUMET en présentant un cas d'épiplocèle, appuient leur diagnostic sur le pneumopéritoine; de même, THOMERET et ROLLIN à propos de deux opacités rondes de la base droite, montrent l'intérêt que présente le pneumopéritoine, l'examen radiologique en position de TRENDELEMBURG et la possibilité de l'abstention chirurgicale. Enfin, en 1954, à notre connaissance, quatre observations du Dr. EVEN, dont trois inédites, terminent la liste des cas français de hernies rétro-costo-xiphoïdiennes.

Cette affection méritait qu'on s'y arrête, puisque la forme rétro-sternale ou rétro-costo-xiphoïdienne représente 3 à 5% de l'ensemble des hernies diaphragmatiques.

R A P P E L E M B R Y O L O G I Q U E

Le coelome intra-embryonnaire se constitue à partir de deux lacunes qui apparaissent dans les lames latérales dérivées du mésoderme. Les cavités coelomiques droite et gauche communiquent au début avec le coelome extra-embryonnaire. Leur séparation se fait par la descente de la somatopleure (ectoderme plus lame somatique dérivée du mésoderme). Le coelome intra-embryonnaire une fois isolé prend le nom de cavité péricardo-pleuro-péritonéale et est alors formé de trois cavités : l'une céphalique et unique est la cavité péricardique, elle se prolonge de chaque côté de l'embryon par les gouttières pleuro-péritonéales qui s'ouvrent elles-mêmes dans une seule cavité caudale : la cavité péritonéale.

La connaissance du Septum transversum ou diaphragme primitif est établie vers la fin de la 3ème semaine. Il est alors constitué d'une partie séparant en avant, la masse hépatique de la cavité péricardique, c'est le Septum-péricardo-péritonéal et en arrière d'une zone séparant les cavités pleurales droite et gauche de la cavité péricardique, c'est le Septum-péricardo-pleural primitif. Les bords libres du Septum-transversum flottants dans la cavité péricardique vont s'infléchir et s'appliquer sur les faces antéro-latérales de la trachée et s'y souident : de cette façon, la communication entre la cavité péricardique et les cavités pleurales est obstruée. La séparation des trois cavités péritonéales et pleurales s'ébauche vers la 4ème semaine. Elle se fait par les replis pleuro-péritonéaux. Ces replis présentent quatre cornes, deux antérieures et deux postérieures, ces dernières portant le nom de piliers d'USKOW.

Le diaphragme est alors constitué par, en avant, une partie unique dérivée du Septum-péricardo-péritonéal, en arrière, par une partie dorsale septum-pleuro-péritonéale issue du mésentère dorsal pour les formations médianes et des replis pleuro-péritonéaux accolés à la paroi postérieure pour les formations externes.

L'ampliation de la paroi thoracique isole un sac mésenchymateux qui donnera en avant une partie du sac péricardique. L'extension en bas sépare des parties périphériques, une lame qui agrandira le diaphragme dans les régions costo-diaphragmatiques.

Le foie et le diaphragme ne conservent en commun que les ligaments coronaire et falciforme.

Les portions musculaires du diaphragme proviennent des 1ère, 2ème, 3ème myotomes cervicaux, ce fait s'expliquant par la position initiale du Septum-transversum au stade embryonnaire

de quelques millimètres, en regard des segments cervicaux, cette position relative variant pour atteindre au stade 24 millimètre les segments lombaires.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

: - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - : - :

1°) A N A T O M I E D E S C R I P T I V E :

A/ G E N E R A L I T E S

B/ I N S E R T I O N S :

1.- S t e r n a l e s

2.- C h o n d r o - c o s t a l e s

3.- V e r t é b r a l e s

2°) A N A T O M I E T O P O G R A P H I Q U E :

A/ R A P P O R T S T H O R A C I Q U E S

B/ R A P P O R T S A B D O M I N A U X

3°) I N N E R V A T I O N & V A S C U L A R I S A T I O N

1°) ANATOMIE DESCRIPTIVE :

A/ GENERALITES :

Le diaphragme "Septum transversum" des anciens, sépare l'abdomen de la cage thoracique. Dans son ensemble, concave en bas et en avant, il a la forme d'un dôme se projetant en arrière sur la colonne vertébrale entre la 10ème dorsale et la 3ème vertèbre lombaire.

On lui décrit 2 parties :

- une partie centrale, le centre phrénique, classiquement d'un blanc nacré, comparé à un miroir par VAN HELMONT, représentant l'intersection ou la coalescence des tendons de multiples muscles digastriques dont les parties charnues constituent les attaches périphériques (ROUVIERE) . Le centre phrénique en forme de croissant à concavité postérieure, dessine lorsqu'existent deux échancrures latérales, une feuille de trèfle (WINSLOW) composée de 3 folioles, une antérieure, une droite et une gauche. Deux bandelettes arciformes ou bandelettes demi-circulaires de BOURGEREY décrivent l'une sur la face inférieure une courbe à concavité postérieure et gauche, l'autre sur la face supérieure une courbe double, en avant à concavité antérieure, en arrière à concavité postérieure. Entre ces deux bandelettes, l'orifice ovalaire de la veine cave inférieure.
- une partie périphérique, zone d'insertions, qui fixe le diaphragme sur le sternum, le gril chondro-costal, la colonne vertébrale.

B/ INSERTIONS :

1.- Sternales :

Les insertions se font sur la partie postérieure de l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde par :

- soit des fibres aponévrotiques (DELMAS)
- soit par des faisceaux musculeux (ROUVIERE, TESTUT, LATARJET)
- soit par des faisceaux musculaires clairsemés.

Le plus souvent, l'insertion sternale se fait par deux petits faisceaux charnus, symétriquement séparés de chaque côté de la ligne médiane et laissant ainsi un intervalle d'étendue variable, comblé par du tissu cellulaire et dont quelques fibres peuvent gagner la ligne blanche (COURTY et GODLEWSKI),

c'est la fissure de LARREY remplaçant pour TESTUT et LATARJET la fente de LARREY décrite plus loin.

Dans certains cas, les insertions sternales peuvent manquer complètement (BOUGERY et JACOB), SAPPEY note que dans cette éventualité, les deux séreuses s'appliquent l'une sur l'autre, les deux fentes de LARREY fusionnant en une ouverture large et située derrière le sternum (HARRINGTON). Cette anomalie a été retrouvée par ECONOMOS 2 fois sur 20 dissections.

Les faisceaux sternaux, qu'ils soient fusionnés ou séparés limitent en arrière une zone que BARBIER nomme l'espace xipho-diaphragmatique, zone limitée en avant par le triangulaire du sternum et le transverse de l'abdomen, puis ils se dirigent en arrière et horizontalement pour s'insérer sur la partie moyenne de la foliole antérieure du centre phrénique.

Si l'on admet comme TESTUT, LATARJET, COURTY et GODLEWSKI que la fente de LARREY est située entre les deux faisceaux sternaux, il faut aussi admettre que l'artère mammaire interne, après avoir donné deux collatérales (thoracique et diaphragmatique) s'engage dans cet espace et gagne le muscle grand droit de l'abdomen. Pour les autres auteurs, la fente de LARREY est un espace constant situé entre un faisceau sternal et la 7ème insertion sterno-chondro-costale. Cette fente est alors bilatérale, triangulaire à sommet postérieur, plus ou moins large et traversée par la branche abdominale, terminale de l'artère mammaire interne, qui d'ailleurs pour COURTY et GODLEWSKI aurait un trajet intra-pariétal et ne serait donc jamais, ni intra-thoracique, ni intra-abdominale.

2.- Chondro-costales :

Les insertions se font pas des digitations musculaires séparées et s'étagent de haut en bas en marches d'escalier, sur :

- les faces internes des 7ème et 8ème cartilages costaux
- les faces internes des portions osseuses des 9ème , 10ème, 11ème et 12ème arcs costaux antérieurs,
- trois arcades tendues respectivement entre les portions osseuses des 10ème - 11ème puis 11ème - 12ème et enfin 12ème-apophyse transverse de la première lombaire.

Elles se terminent sur les bords latéraux des folioles droite et gauche et antérieure du centre phrénique.

3.- Vertébrales :

Ces insertions se font par des fibres tendino-mus-culeuses sur :

- la face antérieure des corps vertébraux et des disques situés entre le disque D 12 - L 1 et corps de L 4 et prennent le nom de piliers internes droit et gauche. Entre ces deux piliers les orifices de l'aorte et de l'oesophage.
- la face antérieure de la deuxième vertèbre lombaire (partie interne du pilier moyen)
- l'arcade du psoas (partie externe du pilier moyen)
- le ligament cintré du diaphragme (pilier externe)

Remarquons qu'entre pilier interne et partie interne du pilier moyen, passage du nerf splanchnique et en plus, à gauche, racine interne de la veine petite azygos,

qu'entre partie externe du pilier moyen et pilier externe, espace constant appelé hiatus costolombaire.

2°) A N A T O M I E T O P O G R A P H I Q U E :

Le diaphragme, assurant la mitoyenneté entre le thorax et l'abdomen, peut être considéré comme un rideau mobile, élastique, dont les positions variables lui confèrent des rapports plus ou moins constants avec d'une part :

- le coeur et les poumons en haut,
- le foie, l'estomac, la rate et les reins en bas.

A/ RAPPORTS THORACIQUES

Trois organes essentiellement : le coeur et les deux poumons. Mais il importe de remarquer que ces organes entrent en contact avec les coupes diaphragmatiques par l'intermédiaire de séreuses assurant leurs libres mouvements physiologiques.

- a) - le coeur, repose sur le diaphragme par sa face inférieure, légèrement convexe, c'est surtout le segment ventriculaire, plus que l'auriculaire, qui lui répond; mais le contact est établi grâce au péricarde, avec la foliole antérieure et la partie antérieure de la foliole gauche du centre phrénique.
- le péricarde se fixe : en avant sur le sternum par deux ligaments, le supérieur, partant du manubrium sternal, l'inférieur de la partie inférieure de la pièce principale du sternum et de l'appendice xiphoïde,

en bas, par les trois faisceaux du ligament phrénico-péricardique, dépendant du fascia endothoracique (couche cellulo fibreuse qui double le feuillet pariétal de la plèvre)

- signalons, enfin que des franges graisseuses (appareil séro-graisseux de POIRIER) combtent des espaces situés entre poumons, diaphragme et péricarde, près de la pointe du coeur et des insertions diaphragmatiques du péricarde.
- b) - les poumons se moultent par leurs faces inférieures sur la concavité du diaphragme, mais c'est le feuillet pariétal de la plèvre diaphragmatique qui, de part et d'autre du médiastin s'y accole intimement. La plèvre costale s'applique : en avant sur le sternum et les faisceaux mammaires internes et plus latéralement, sur les côtes et les espaces intercostaux, et en bas sur la plèvre pariétale diaphragmatique, pour former la zone muette de la plèvre (HUARD et MONTAGNE).

Les sinus pleuraux, costo-diaphragmatiques, costo-médiastinaux antérieurs et postérieurs, phrénico-médiastinaux ont une topographie différente, à droite et à gauche du médiastin. Le sinus costo-médiastinal antérieur droit s'écarte plus du médiastin, laissant ainsi à découvert le péricarde, en regard de l'extrémité interne du 5ème espace intercostal, pour atteindre le 6ème cartilage costal à 2cm du bord latéral du sternum. Le sinus costo-diaphragmatique fait suite au niveau du 6ème cartilage costal, au sinus médiastinal antérieur. Il se dirige en arrière, et en bas, croise la 10ème côte sur la ligne axillaire moyenne et la 11ème à 10cm de la ligne médiane, puis se porte enfin en dedans et en haut, pour se terminer entre le bord inférieur du corps de la 12ème côte et le bord supérieur de la première lombaire.

B/ RAPPORTS ABDOMINAUX :

Trois organes essentiellement : le foie, l'estomac et la rate ; accessoirement : les reins, les capsules surrénales, le paquet graisseux dépendant de l'épiploon gastro-colique.

- a) - Le foie répond par sa face supérieure et son bord postérieur à la partie antérieure et à toute la partie droite de la coupole diaphragmatique sur laquelle il se moule exactement. Cependant, il faut noter qu'il perd le contact au niveau de l'épigastre. Il est rattaché à la coupole diaphragmatique par le ligament falciforme (antéro-postérieur et médian), les ligaments coronaires et les bords externes des ligaments triangulaires.

b) - l'estomac, par l'intermédiaire d'un méso se met en rapport avec la partie gauche et postérieure de la coupole diaphragmatique par :

- sa face supérieure en haut et à gauche
- sa face postérieure dessinant en arrière un quadrilatère limité en haut par le cardia et la grosse tubérosité, en bas par la glande surrénale gauche, en dedans par la petite courbure de l'estomac et enfin, en dehors par la rate. La grosse tubérosité de l'estomac refoule à sa partie supérieure la coupole diaphragmatique jusqu'à la 5ème côte, elle rentre ainsi en rapport avec la base du poumon gauche. L'estomac est séparé des piliers du diaphragme par la grande cavité des épiploons.

c) - la rate, répond à la partie latérale gauche du diaphragme par :

- sa partie externe, convexe et lisse
- son bord antérieur, dans sa portion externe
- son extrémité supérieure en arrière

Le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-splénique après avoir tapissé la face antéro-interne, la face externe et la face postéro-interne se recourbe et s'interpose entre la rate et la face inférieure du diaphragme. Le pôle supérieur de la rate est séparé du lobe gauche du foie, par l'estomac.

3°) I N N E R V A T I O N & V A S C U L A R I S A T I O N :

L'innervation du diaphragme est assurée par les deux nerfs phréniques, le droit atteignant toujours le diaphragme au niveau du centre phrénique dans le voisinage immédiat de la veine cave inférieure; le gauche, toujours au niveau de la partie musculaire. Leur subdivision selon HOVELACQUE ne peut guère être systématisée et ils donneraient un faisceau de 3 ou 4 filets pénétrant dans l'épaisseur du muscle.

La vascularisation est représentée par des artères abondant la face supérieure en ce qui concerne la mammaire interne, la musculo-phrénique et les intercostales : la face inférieure pour les artères diaphragmatiques inférieures, branches de l'aorte abdominale.

LISTE DES OBSERVATIONS

<u>Numéros</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Références</u>
1	GOBLET (1846)	Bulletin de la Société d'anatomie de Paris 1846 - p.243
2	GOBLET (1846)	Bulletin de la Société d'anatomie de Paris 1846 - p.248
3	GRENIER de CARDENAL (1903)	Journal de Médecine de Bordeaux 20 mars 1903 - p. 222
4	NAU (1903)	Bulletin de la Société d'anatomie de Paris.t.78. 1903 - p.504 -
5	NAU (1904)	Bulletin de la Société d'anatomie de Paris - t.79 - 1904 p. 27 -
6	FEY et BRAINE (1923)	Bulletin de la Société d'anatomie de Paris 1923 - p.65
7	CORNIOLEY (1924)	Bulletin et mémoires de la Société nationale de Chirurgie t.50 - 1924 - p. 373
8	BAUMGARTNER (1925)	Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie t.51 - 1925 - p.344
9	DUJARIER et ROUILLARD (1928)	Bulletin de la société nationale de Chirurgie - t.54 - 1928 p.217 -
10	LEMAITRE (1930)	Echo médical du Nord - t.34 - p. 49
11	SOUPAULT (1932)	Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie 1932 - t.58 - p.889
12	DEVOIS (1932)	Société de Radiologie médicale de France - t.20 - p.68
13	CONTAT (1933)	Annales d'anatomie pathologique - t.10 - 1933 - p.2 n°1
14	F.BRENTANO,MEGUIN, ALLARD	Annales d'anatomie pathologique - t.10 - p.401
15	LENORMAND,BLOCK, MAUCLAIRE (1934)	Bulletin et Mémoires de la Société Nale. de Chirur.t.60 - p. 1049 -

<u>Numéros</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Références</u>
16	DENIS (1934)	Lyon chirurgical - t.31-1934- n°1
17	PIERRET et BRETON (1934)	Echo médical du Nord 1934 - p. 430
18	ANDRE (1935)	Bulletin de la Société nationale de chirurgie - 1935 - t.1 - p.415 -
19	GARRAUD et BASTIEN (1936)	Annales d'anatomie pathologique 1936 - t.13 - p.603 -
20	GARRAUD et BASTIEN (1936)	Annales d'anatomie pathologique 1936 - t.13 - p.603 -
21	STAVITCH et STOVANOVITCH (1939)	Société de Pédiatrie de Paris 1939 - p. 526 -
22	JAMAIN et SACHS(1940)	Annales d'anatomie pathologique t.16 -1940 - p.1224 -
23	F.BRENTANO, LEDOUX- LEBARD (1943)	Mémoires de l'Académie de chi- rurgie - t.69 - n°25 p.486 -
24	CONSTANTINI (1943)	Afrique française chirurgicale t.1 - p.250 -
25	MOURIQUANT, DAUVERGNE et GRENOT (1943)	Lyon Médical- t.170 p.142
26	TOLLERON (1944)	Thèse de Paris (citée in thèse EDDINE Paris 1949)
27	QUENU (1945)	in article de DENISART - Jour- nal de chirurgie 1951 - p.407
28	SANTY, BERARD, MONTEL (1945)	Lyon chirurgical - t.40 -1945- p. 640
29	PARRIQUE (1945)	Revue de la Tuberculose (Thèse SCHMITT - Bordeaux 1947-48)
30	PEYCELON, LATARJET (1946)	Lyon chirurgical - t.41 n°2
31	QUENU (1946)	in article de DENISART (J.de chirurgie 1951 p.407)
32	LEBON, CURTILLET, AMOROS HOUEL (1947)	Afrique française chirurgicale n°5 - 6 - P;307 -

<u>Numéros</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Références</u>
33	LEBON, CURTILLET, AMOROS, HOUEL (1947)	Afrique française chirurgicale n°5 - 6 - p.307
34	CAZEILLES (1947-48)	in thèse SCHMITT Bordeaux 1947 - 1948 -
35	CAZEILLES (1947-48)	in thèse SCHMITT Bordeaux 1947 - 1948 -
36	CAZEILLES (1947-48)	in thèse SCHMITT Bordeaux 1947 - 1948 -
37	QUENU (1948)	in article DENISART (J. de chirurgie 1951 p.407)
38	BRISKAS, LEISSNER (1948)	in thèse EDDINE Paris 1949
39	J. CRESSEYL, MAILLET, BERTOYE (1949)	Lyon chirurgicale t.45 - p.368
40	DELANNOY, LAGACHE, DEVAMBEZ G. LEMAITRE (1951)	Lille chirurgicale 1951 - P.218
41	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
42	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
43	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
44	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
45	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
46	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
47	SANTY et MARGOTTON (1951)	Lyon chirurgicale - t.46-p.931
48	ROUX, E. NÈGRE, BORIES- AZEAU (1951)	rapportée par J. QUENU - Mémoi- res de l'Académie de chirurgie p.817 -
49	RICARD, J. CORNIÈRE, HARDY (1951)	Archives de la Société de gastro-entéro. 1952 p.100
50	DROUET, FAIVRE, G. de REN, SADOUL (1951)	Journal français de Médecine et chirurgie thoracique-t.5- p.74 -

<u>Numéros</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Références</u>
51	FREBET, JUQUELLIER, BOISSIN (1952)	Journal de chirurgie-t.68 p.619
52	BARRAYA (1952)	Société de gastro-entéro- logie-Année 1952 -
53	BROCARD, ROCHE, DAUMET (1953)	Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpi- taux de Paris-n°22 p.753-
54	ROCHE, J.B. KONOS, Ch.DREYER-DUFER(1953)	J.français de médecine et chirurgie thoracique 1954 (2) p.147 -
55	THOMERET, G.ROLLIN(1953)	J.français de médecine et chirurgie thoracique 1954 (2) p.155 -
56	THOMERET, G.ROLLIN(1953)	J.français de médecine et chirurgie thoracique 1954 (2) p.155 -
57	EVEN, MORIN, SORS(1953)	J.français de médecine et chirurgie thoracique 1954 (1) p.60 -
58	EVEN - 1954 - inédite	
59	EVEN - 1954 - inédite	
60	EVEN - 1954 - inédite	

OBSERVATIONS RESUMEES
:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

O B S : 1

DIECOCK (Marguerite, Elisabeth) 80 ans, entre à la Salpêtrière le 2 Octobre 1845 pour prolapsus utérin, après un épisode aigu, fébrile, elle décède. L'autopsie pratiquée 36 heures plus tard, permet la constatation d'organes abdominaux herniés, à travers le diaphragme. L'orifice est constitué par une éraillure des fibres aponévrotiques post-xiphoïdiennes et laisse le passage à une tumeur de consistance analogue à celle de l'épiploon chargée de graisse. Cette tumeur est limitée par un sac. Le collet présente des adhérences nombreuses.

O B S : 2

FAUVET (Joséphine) entre le 26 mai 1845 à la Salpêtrière, accuse à l'entrée, une grande oppression de poitrine et a été prise à la suite d'un repas, d'un "grand débordement de bile" : coliques, selles diarrhéiques abondantes et fétides, difficulté à respirer, point du côté droit. A l'examen du thorax, matité du poumon droit en arrière, sonorité exagérée en avant et en bas voussure de la poitrine dans cette région. Examen du poumon gauche normal. Elle décède le 27 mai. L'autopsie, 28 heures après la mort, montre l'existence d'une hernie diaphragmatique, par une ouverture fibreuse circulaire, située immédiatement derrière l'appendice xiphoïde. Sac situé sur la ligne médiane. Contenu : colon transverse, grand épiploon. Les organes thoraciques, le foie et l'estomac sont plus ou moins comprimés et déviés.

O B S : 3

Homme de 58 ans, cultivateur en bonne santé. Brutalement tableau d'occlusion intestinale : violentes douleurs abdominales suivies de coliques, vomissements, puis arrêt des matières et des gaz. Hospitalisé le 4 février, opéré le 7 : étranglement siégeant au niveau du colon transverse. Décès le 9. A l'autopsie, le péricarde est d'un volume anormal, il occupe toute la partie antérieure du médiastin, refoulant les poumons à droite et à gauche. Le péricarde est ouvert, il est occupé dans sa partie inférieure par la presque totalité du grand épiploon et par une anse du gros intestin. L'orifice est de la grosseur d'une pièce de 5 francs et situé dans le centre phrénique. Dans les antécédents, pas de traumatismes, il est probable que l'orifice est congénital.

O B S : 4

Nourrisson d'1 jour présentant de multiples déformations. A l'autopsie, dès l'ouverture du thorax, découverte d'une hernie diaphragmatique passant par un orifice quadrangulaire, limité en arrière et en dedans, par un rebord musculaire allant du sternum à l'extrémité antérieure de la 8ème côte, orifice qui permet l'admission de 3 doigts dans le sens transversal, de 2 doigts dans le sens antéro-postérieur. La hernie contient dans sa partie interne : le lobe gauche du foie, et dans sa partie externe : la grosse tubérosité de l'estomac. Existence d'un sac.

O B S : 5

Diaphragme de fœtus : présente 3 petites hernies, deux situées derrière l'appendice xiphoïde de chaque côté du ligament suspenseur du foie, chacune loge une petite éminence de tissu hépatique. La séparation thoraco-abdominale est purement séreuse; l'orifice musculaire est limité par un faisceau partant de la face postérieure de l'appendice xiphoïde et allant se perdre sur la foliole gauche du centre phrénique. Elles siègent donc entre les orifices xiphoïdiens et chondro-costaux du muscle de chaque côté. La troisième, formée à partir de la face convexe du lobe droit fait saillie dans le sinus pleural droit grâce à l'éraillure des faisceaux musculaires.

O B S : 6

Femme de 70 ans, sans antécédents; découverte au cours d'une dissection, d'une hernie du colon transverse et du grand épiploon par un orifice situé un peu à gauche de la ligne médiane à la partie antérieure du thorax, contre la face postérieure du sternum et à l'extrémité interne du septième cartilage costal gauche, d'un diamètre de 6cm. L'orifice est la fente de LARREY, gauche, anormalement élargie. Existence d'un sac, péritonéal uniquement.

O B S : 7

Monsieur B..., 51 ans, se plaint depuis deux mois et demi de douleurs gastriques, survenant 9 heures après les repas, et

de vomissements. L'examen radiologique montre que l'angle colique gauche se dessine à droite du péricarde, sur la clarté pulmonaire. De profil, cette anse est antérieure et supérieure par rapport au foie. Un pneumothorax montre qu'il n'existe pas de communications entre la plèvre et le péritoine, ce qui fait admettre l'existence d'un sac. Opéré le 28 décembre 1923 : incision thoracique, dès l'ouverture du sac, le colon transverse apparaît, il n'est pas adhérent. L'opération est poursuivie par une laparatomie médiane sous ombilicale. L'orifice, des dimensions d'une pièce de 5 francs, est ovalaire, à grand axe transversal. Les suites opératoires sont bonnes, mais le malade décède 7 jours après de B.P. consécutive à une absorption considérée d'alcool.

O B S : 8

Homme âgé de 27 ans, pas d'antécédents; en bonne santé, a été pris, il y a deux mois, de douleurs lombo-abdominales très vives, 3 heures après le repas, sans raison avérée. Cette douleur atroce, persiste une demi-heure, puis disparaît spontanément. Pas d'arrêt des matières et des gaz. Cette crise douloureuse reparait les nuits suivantes. Actuellement, algie sourde, continue, avec nausée et dyspnée, de siège toujours épigastrique et dorso-lombaire.

Examen radiologique : ombre anormale à contours linéaires du dessus de la coupole droite, elle présente un aspect aréolaire, comme les images du gros intestin. Le diagnostic de H.D. est porté. Après injection de baryte, ce diagnostic est confirmé. Le lavement opaque montre que le colon est intra-thoracique dans sa portion transverse et droite. Opéré le 17 décembre 1925 : incision thoraco-abdominale - sac herniaire - l'orifice est plus large que la paume de la main. Il semble dû à l'absence des faisceaux sternaux et chondraux droits du diaphragme, transformant la fente de LARREY en un vaste orifice.

Contenu : Angle droit du colon et moitié du colon transverse,
Petit lobe flottant du foie

Suites opératoires simples : guérison.

O B S : 9

Homme de 57 ans, ayant présenté un ballonnement du ventre s'accompagnant de sang dans les selles. Il se plaint de douleurs de la région épigastrique, irradiant à tout l'abdomen et

survenant après les repas, pour durer plusieurs heures. Cette évolution dure depuis 2 ans, on note un hoquet fréquent et du tenesme rectal. Dans les antécédents pas de contusions, ni plaies thoraco-abdominales. Le lavement baryté montre le colon transverse remontant dans le thorax. Les clichés montrent la boucle intra-thoracique remplie de gaz dans la position debout et de gélobarine dans la position couchée. Conclusion : hernie diaphragmatique du colon transverse, située à droite de la ligne médiane. Intervention le 1er décembre 1927 : incision le long du rebord costal droit. Existence d'un sac, le bord antérieur du collet est le ligament suspenseur du foie. Le contenu est constitué par le colon, l'épiploon et l'estomac. Guérison, suites simples.

O B S : 10

Enfant de sexe masculin âgé de 7 ans, présentant des troubles digestifs. L'examen radiologique montre, en arrière du sternum, le colon transverse formant hyperclarté, en avant de l'ombre cardiaque. Intervention chirurgicale non pratiquée.

O B S : 11

Homme de 31 ans, en traitement depuis 1 an à la date du 15 février 1932, pour des troubles digestifs, douleurs épigastriques crises douloureuses paroxystiques de la fosse iliaque gauche, point douloureux persistant, sensation de pesanteur dans la fosse iliaque gauche. Mais pas de vomissements ni d'aigreur d'estomac, pas de troubles cardiaques, ni respiratoires.

L'examen radiologique est pratiqué par le Docteur DEVOIS, il montre en scopie et après repas baryté, la saillie hors de l'abdomen, d'un coude colique, à la hauteur de l'oreillette droite, il s'agit de l'angle colique droit. L'orifice est situé dans le sinus costo-diaphragmatique droit, d'origine congénitale. Intervention le 24 février 1932 : laparatomie médiane sus ombilicale : l'organe hernié est le transverse, qui se dégage très facilement du sac herniaire. L'orifice est situé immédiatement en arrière de la paroi thoraco-abdominale. Suites opératoires bonnes, deux mois après l'opération, les troubles ont complètement disparus.

O B S : 12

Homme de 23 ans, constitution faible, présente deux pointes de hernies inguinales. Depuis quelques mois il éprouvait un point douloureux spontané dans l'hypochondre gauche, quelquefois réveillé par les selles. Examen radiologique : après repas baryté allongement du colon, en position frontale, une boucle colique se projette un peu en-dessous du diaphragme, à droite ; de profil, elle est située tout en avant. Après lavement baryté : l'anse herniée est bien du colon transverse.

O B S : 13

R.R... est adressé le 30 janvier 1932 à l'institut d'anatomie pathologique de Lausanne, aux fins d'autopsie. Il a été hospitalisé en Août 1931 et est décédé à l'âge de 18 mois. D'une famille de tuberculeux, il a fait à treize mois, une rougeole et une B.P. Il est hospitalisé, malade en mauvais état général. Son état décline au fur et à mesure qu'il fait de nouvelles poussées de température. Un examen radiologique montre une ombre hilare de l'hémithorax droit, un hémidiaphragme droit de courbure normale, mais cependant interrompue dans sa partie interne; une ombre centrale à double contour dans l'hémithorax gauche, le plus externe étant le bord gauche de l'ombre cardiaque. L'examen attire plus particulièrement l'attention sur le fait, que la ligne du diaphragme est brisée à droite et à gauche. L'hypothèse de hernie est soulevée.

Autopsie : sur les faces convexes du foie, existence de deux formations contenues dans deux diverticules du diaphragme revêtus de séreuse péritonéale et formant sacs, ces deux diverticules sont séparés sur la ligne médiane par une bandelette fibreuse. Il s'agit donc de deux hernies du lobe gauche du foie.

O B S : 14

Femme âgée de 70 ans, au cours d'une autopsie l'attention est attirée par une distention exagérée des anses intestinales. Le colon transverse formait un angle aigu dont le sommet était situé derrière l'appendice xiphoïde. On peut constater que le colon transverse s'engageait dans un orifice du diaphragme sur une longueur de 10cm. L'orifice légèrement à droite, arrondi, d'un diamètre de 4cm environ, laisse passer le sac herniaire, mince, uniquement péritonéal, dépourvu de fibre musculaire et qui contient une petite anse colique en voie de sphacèle. L'orifice d'après la dissection serait situé entre les deux faisceaux sternaux. Du point de vue clinique cette malade a présenté vraisemblablement une occlusion ayant entraîné la mort.

O B S : 15

Homme de 47 ans, sans passé traumatique, mais antécédents de paludisme. En 1930, le malade présente un point de côté à droite, avec douleurs hépatiques, fièvre et vomissements. On pense à un abcès du foie ou un abcès du poumon, le malade ayant eu une vomique. Les radiographies font alors poser le diagnostic de hernie diaphragmatique de l'estomac et du colon transverse, derrière l'appendice xiphoïde et dans la cavité thoracique droite. Intervention le 3 janvier 1934. Incision médiane abdominale sous-xiphoïdienne. La grosse tubérosité de l'estomac est logée dans une poche occupant la ligne médiane et la partie droite du thorax, en outre, elle, contient la partie gauche du colon transverse. Le collet est large. Le sac recouvre la face antérieure du péricarde et s'étend très loin à droite du sternum. Petit épanchement se résorbant après l'opération. Bonnes suites.

O B S : 16

Femme de 48 ans. En février 1933, tableau d'occlusion du gros intestin. Il est pratiqué un anus coecal d'urgence et pour situer l'obstacle, un lavement baryté. Celui-ci refuse d'injecter l'angle droit du colon. La baryte injectée par l'anus coecal donne une image du colon ascendant et les deux images restent séparées par un obstacle lacunaire au niveau de la moitié droite du transverse. Le diagnostic est confirmé, mais sa nature n'est pas précisée. Intervention : incision médiane sus-ombilicale et sous-costale oblique. On trouve la partie moyenne et droite du transverse aspirée dans le thorax jusque derrière l'appendice xiphoïde et légèrement à droite de celui-ci. L'orifice est de la taille d'une pièce de 5 francs, le colon s'y engage en canon de fusil. Les parois de cet orifice sont arrondies et tapissées de péritoine et il s'ouvre dans une poche sus-jacente, de la taille d'une mandarine, dans laquelle est logé l'angle des deux anses. Suites opératoires simples, guérison depuis 1 an.

O B S : 17

Enfant de sexe masculin, 7 ans, suspecté de tuberculose, car amaigrissement progressif depuis 4 mois, anorexie, douleurs de la base droite, nombreux frottements à l'auscultation, tendance à vomir après les repas, température oscillante entre 37°3 et 37°7. Radioscopie : ombre triangulaire à sommet hilare

à base diaphragmatique, au niveau de la 1/2 inférieure du poumon droit. Cette ombre s'éclaire brusquement au cours de l'examen. Un lavement baryté met en évidence une hernie médiane antérieure du colon transverse. Intervention : laparatomie médiane sus-ombilicale; orifice au niveau de la fente de LARREY droite. Pas de sac herniaire. Contenu : colon transverse. Guérison .

O B S : 18

Mme G..., 54 ans, cultivatrice, vient consulter le 26 mai 1934 pour des crises douloureuses épigastriques sans horaire. Depuis trois mois, à la suite d'un violent effort, aggravation des symptômes : vomissements fréquents, alimentation difficile, amaigrissement considérable. Des radiographies sont faites, pas de diagnostic posé par les différents médecins consultés. Elles sont pourtant démonstratives : trois clichés pris après repas baryté montrent : de profil : inversion complète de l'estomac; de face : estomac biloculaire avec une poche supérieure sus-diaphragmatique; sur un autre, après lavement baryté, présence d'une anse colique dans la hernie. Organes herniés : une partie du colon ascendant, l'angle hépatique, la moitié du transverse, la moitié pylorique de l'estomac et le bulbe duodénal. L'orifice herniaire est situé derrière la paroi antérieure et à droite de la ligne médiane. Examen clinique : sonorité tympanique dans l'hémithorax droit jusqu'au 3ème espace intercostal dans sa partie antérieure. Intervention le 2 juin 1934 : laparatomie oblique. Brèche entre les faisceaux chondraux et costaux, triangulaire, ayant 10cm dans sa plus grande largeur. Suites opératoires simples.

O B S : 19

Homme mort d'hémorragie ventriculaire, constatation à l'autopsie d'une ectopie du gros intestin, dans la cavité thoracique. Hernie diaphragmatique du colon. Le sac constitué par le péritoine pariétal est adhérent au péricarde, il se clive facilement de la plèvre droite. L'orifice circulaire, de diamètre égal à 8cm. environ est limité en avant par l'appendice xiphoïde et les cartilages costaux, en arrière par le centre phrénique. Il occupe l'emplacement de la fente médio-sternale et des deux fentes de LARREY. Contenu : portion moyenne du gros intestin sans adhérence ni étranglement, grand épiploon. On remarque que les deux poumons présentent des signes de sclérose pulmonaire.

O B S : 20

Femme chez laquelle au cours d'une dissection, on a découvert une hernie par la fente de LARREY gauche. Disproportion entre les deux fentes, à gauche très distendue. Dans cet espace apparaissait un peloton adipeux, quand ce peloton était soulevé il se formait en dessous un petit sac péritonéal.

O B S : 21

Enfant de sexe féminin, âgée de 3 ans 1/2, soignée pour broncho-pneumonie. Elle se plaint de douleurs thoraciques, pas de troubles d'ordre digestif. A l'examen matité complète avec respiration presque abolie à droite. A la scopie, images aériques multilobulaires dans l'hémithorax droit. Un deuxième examen radiologique montre une hyperclarté anormale, découpée en arc de cercle dans le champ pulmonaire droit. Après lavement baryté on constate que la partie droite du transverse est dans le thorax et située dans l'ombre hépatique et le sternum en avant. Disparition du foyer pulmonaire. Intervention non pratiquée.

O B S : 22

Mme D..., 55 ans, est amenée le 14 septembre 1940 à l'hôpital, elle présente un état d'occlusion d'allure grave. Dans les antécédents, rien de notable, seulement depuis 4 semaines troubles digestifs : constipation, digestion pénible. Le diagnostic de hernie n'est pas envisagé. Les signes généraux s'aggravent, et la malade meurt dans la journée. Autopsie : le colon transverse s'engage à travers un orifice diaphragmatique antérieur, rétro-sternal siégeant à droite et ayant 10cm de diamètre. Présence d'un sac herniaire, péritoine en dedans, plèvre en dehors. Contenu : colon transverse et épiploon.

O B S : 23

Mme M..., âgée de 70 ans a toujours été bien portante, en 1940 au cours d'un bombardement, elle est prise d'une douleur atroce à siège épigastrique. Un médecin pense à une crise d'angine de poitrine. Dans les heures qui suivent, arrêt des matières et des gaz, puis les signes s'amendent. Depuis cette date : syndrome constitué par des accès douloureux de la base du thorax, par une constipation opiniâtre, quelques signes secondaires

En février 1942, un examen radiographique montre, après lavement baryté, le colon transverse en situation intra-thoracique, le pied de l'anse correspondant à la partie para-médiane droite du diaphragme. L'état de la malade étant déficient, une phénoecotomie palliative est faite. Depuis l'intervention, les signes digestifs ont disparu. Le colon a regagné sa place normale, ceci étant constaté 10 mois après l'opération.

O B S : 24

Paul Tud..., 11 mois, depuis l'âge de 6 mois vomissements inexpliqués. La radio pratiquée montre le colon transverse monté en flèche dans le thorax, à droite du coeur. L'estomac est coudé. Etat général médiocre. Intervention le 15 janvier 1942 : laparotomie médiane sous-ombilicale courte. L'orifice est oblique en arrière et à droite. Il n'est pas possible de se rendre compte de la présence d'un sac. Suites opératoires bonnes.

O B S : 25

Enfant de 10 ans, C... Robert, pas d'antécédents, au cours d'une visite scolaire, découverte à la scopie d'une ombre à la base droite, de la dimension d'une orange. On pense à la possibilité d'une hernie diaphragmatique. L'examen pulmonaire se montre négatif. Le lavement baryté décrit une courbe au niveau du colon transverse et de profil, montre que la hernie est tout à fait antérieure, sûrement par la fente de LARREY. Ce malade revu en 1945 par SANTIY et MARGOTTON fait l'objet d'une observation dans laquelle on note que l'intervention a été refusée par les parents.

O B S : 26

Nouveau-né présentant de multiples malformations. Mort en quelques heures. A l'autopsie : hernie de l'angle splénique du colon et d'une portion du colon transverse à travers la fente de LARREY gauche.

O B S : 27

Y.M... 12 ans 1/2 est adressé en mars 1945, pour une hernie diaphragmatique, dans le service du Dr. QUENU. Enfant plutôt maigre, mais menant une vie assez active. L'examen radiologique montre, sans préparation, à la base du poumon droit des ombres circulaires circonscrivant des cercles clairs. Un lavement baryté injecte un colon transverse qui pénètre dans les 2/3 du thorax droit, par un orifice situé au contact de la paroi abdominale antérieure. Malgré l'absence de troubles, l'intervention est pratiquée le 13 avril 1945 : coeliotomie médiane xipho-ombilicale. On extrait sans difficulté le colon droit, le coecum et la dernière anse iléale, d'un sac entièrement tapissé de séreuse libre. Opération facile et rapide, bonnes suites opératoires. Epanchement post-opératoire qui a disparu 10 mois après l'intervention, santé parfaite 6 ans après.

O B S : 28

Mme R..., 60 ans, aucun antécédent pathologique notable, troubles digestifs depuis 6 ans, crises douloureuses thoraciques et abdominales, s'accompagnant de vomissements : hernie diaphragmatique droite. Intervention le 5 janvier 1945 : laparatomie médiane, sac, orifice en gueule de four, de 6cm. de diamètre. Contenu : estomac, duodénum, colon transverse, colon ascendant et coecum, nombreuses anses grêles. Suites simples, petit épanchement liquide dans le sac déshabité.

O B S : 29

C... Robert, chaudronnier de 28 ans, sans passé pathologique. En février 1944 découverte à la base droite d'une zone de condensation de la taille d'une grosse mandarine. Cette opacité est prise pour une atteinte tuberculeuse. Cependant, un peu plus tard, un examen radiologique bien conduit, permet de mettre en évidence, de profil, une image claire, limitée par une ligne opaque, juste en arrière du sternum, puis de face une opacité non homogène se perdant en dedans et en bas dans l'ombre cardiaque, dans l'angle cardio-phrénique, cette ombre a la particularité de se perdre dans l'abdomen, ce qui fait évoquer l'hypothèse d'une hernie diaphragmatique droite à contenu colique. Un repas baryté confirme ces vues et précise que l'organe hernié est le colon transverse. Le diagnostic étant posé, le malade est porté sortant du dispensaire.

O B S : 30

Mme G..., 59 ans, hospitalisée le 29 mars 1945 avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Aspect général sévère. Une radiographie sans préparation montre dans une grisaille générale une ligne claire qui part de la crête iliaque gauche et remonte en direction du flanc droit de la 9ème vertèbre dorsale. Pas d'image de niveau liquide. Le diagnostic de hernie n'est posé qu'à l'intervention : laparatomie médiane sus-ombilicale; le transverse est engagé dans la fente de LARREY gauche, on l'extrait et on sort aussi la partie droite de l'estomac avec le pyllore. Orifice herniaire de la dimension d'une paume de main d'enfant. Il existe un sac, formé par le péritoine. Bonnes suites opératoires.

O B S : 31

Homme âgé de 39 ans, entre à l'Hôpital, le 4 juin 1946 pour une hernie diaphragmatique, découverte d'examen systématique. Pas de signes digestifs, ni respiratoires. Etat général bien conservé. Radiographie sans préparation : la hernie apparaît sous la forme de quarts de cercle et de cellules claires. Intervention le 20 juin : coeliotomie épigastrique, le colon transverse est engagé dans un orifice assez large, situé derrière la paroi antérieure. Cet orifice est vaste, elliptique, à grand axe transversal, il est situé sur la ligne médiane. La poche est entièrement tapissée de séreuse. Opération facile. Bonnes suites opératoires.

O B S : 32

Européen de 36 ans, hospitalisé pour une tumeur médiastinale, découverte fortuite d'examen radiologique. On porte successivement les diagnostics d'hypertrophie cardiaque, de kyste hydatique. Puis des examens radiologiques, téléradiographiques, tomos, radiographies après pneumothorax, montrent qu'il existe une opacité homogène masquant les 2/3 internes de la 1/2 inférieure de l'hémithorax droit. Elle semble en continuité directe avec l'opacité cardio-médiastinale et au contraire se sépare nettement du diaphragme, on porte alors le diagnostic de tumeur du médiastin. Le diagnostic de hernie n'est pas évoqué. Intervention le 18 décembre 1945 : la tumeur apparaît comme une masse graisseuse, on l'incise, elle est remplie par un énorme paquet d'épiploon qui sort de l'abdomen par un anneau rétro-xiphoidien, admettant deux doigts.

O B S : 33

Indigène de 47 ans, hospitalisé pour oedèmes des jambes le 13 novembre 1946. Découverte inattendue d'une image tumorale sus-diaphragmatique droite. Pas de traumatisme, mais un métier pénible. L'examen somatique révèle une matité hépatique en bas, la matité cardiaque en dedans, il y a disparition du murmure vésiculaire et des vibrations vocales à droite. Intervention le 21 janvier 1947 : on avait, avant l'intervention, soulevé l'hypothèse d'une hernie diaphragmatique, on fait une laparatomie médiane sus-ombilicale. Existence d'un sac qui renferme une énorme masse épiploïque. Orifice ovalaire. Fermeture. Guérison.

O B S : 34

H...A., Algérien de race Kabyle, 28 ans, pas de passé pathologique important. En 1936 il subit deux examens radiologiques, sans que ceux-ci montrent d'anomalies. Pendant la campagne 1939-40, il portait sans difficulté de lourds fardeaux. Dès le mois d'octobre 1942, il s'était mis à souffrir de la région épigastrique, surtout au moment des efforts musculaires, il présentait d'autre part de la dyspnée à l'effort. En novembre 1942, au cours d'un dépistage méthodique, découverte d'une opacité, du volume d'une orange, homogène, à contours nets, occupant la région gastro-cardiaque droite, et de profil se projetant exactement derrière la paroi antérieure du thorax. Il était apparu aux examens successifs, des clartés dans cette opacité et une coulée gazeuse thoraco-abdominale. La présence de cloisonnements et les images précédentes évoquent alors le diagnostic de hernie diaphragmatique colique. Un repas baryté permet de souligner l'organe hernié : il s'agit du colon transverse qui forme boucle. Il s'agissait d'une hernie para-médiane droite du colon transverse, par la fente de LARREY. Le diagnostic était affirmé par le lavement opaque. Pas d'intervention, malade perdu de vue.

O B S : 35

Rat... André, 18 ans; découverte d'une densification du hile droit et présence d'une image arborescente claire à la base droite, lors d'une radioscopie de dépistage systématique. Un nouvel examen montre une clarté visible dans le sinus cardio-pnémonique droit, finement bordée, et en inspiration profonde, des opacités linéaires plus identifiables que le contour de la clarté et correspondant aux segmentations australes du colon.



D'autre part, existence d'une clarté en champignons, se prolongeant par une coulée gazeuse dans l'abdomen. Après le repas baryté, des radiographies montrent l'angle hépatique, la partie médiane du colon transverse et une partie du colon ascendant en position intra-thoracique dessinant ainsi une boucle bien à l'aise, puisque ne présentant aucun défilé. Il s'agissait donc d'une hernie diaphragmatique du colon transverse, par la fente de LARREY droite. L'état général du sujet était bon et il ne présentait aucun trouble digestif. L'hypothèse de congénitalité de cette hernie peut être formulée sur l'absence de troubles, d'antécédents traumatiques.

O B S : 36

Marc L..., 20 ans, cultivateur, présentait une opacité à élucider par des examens complémentaires, dans la région sus-diaphragmatique droite. De face, à la radioscopie, on retrouve la même image, mais immobile et de profil, il n'existait aucune anomalie visible. L'opacification du tube digestif montra que le colon ascendant après un court trajet vertical, s'orientait en haut et en dedans pour s'engager un peu à droite de la ligne médiane dans le thorax. Dans ce thorax, l'issue colique était de faible importance, mais la confirmation de hernie par la fente de LARREY était faite. Le lavement baryté n'apporta pas la vision d'un rétrécissement, ce qui impliquait que la boucle colique devait tenir à l'aise dans l'orifice herniaire. D'ailleurs, l'examen clinique du malade se montra absolument négatif, celui-ci ne se plaignant de rien. Ce malade n'a pu être suivi ultérieurement.

O B S : 37

H. C..., 34 ans, est un homme en bon état physique, mais qui présente des douleurs au niveau du rebord costal gauche, apparaissant 30 minutes après le repas; pas de troubles du transit intestinal, de plus, depuis deux mois, sensation d'étouffement en décubitus latéral gauche et enfin, récemment, anorexie, asthénie, amaigrissement de deux kilos. La percussion montre la disparition de la matité hépatique au niveau de la partie interne et la sonorité abdominale se continuant avec la sonorité pulmonaire. L'examen thoracique révèle une sonorité exagérée de la base droite et parfois lors d'une inspiration profonde, des bruits hydro-aériques. Ce malade est considéré radiologiquement, comme atteint de kyste du poumon ou de dilatation des bronches. Mais devant le tableau clinique et le nouvel examen radiologique, le diagnostic de hernie diaphragmatique rétro-xiphoïdienne du colon transverse est porté.

On note dans les antécédents un léger traumatisme. L'intervention est faite le 24 juin 1948 : coeliotomie épigastrique xiphombilicale. L'orifice est ovalaire à grand axe parallèle au rebord costal. L'anse rétractée est le méso. Suites opératoires normales, tous les troubles ont disparus au bout de trois semaines, ainsi qu'un petit épanchement intra-saculaire post-opératoire.

O B S : 38

Patrick H..., 3 ans 1/2, enfant mongolien, le faciès caractéristique étant apparu vers 16 mois, dans les antécédents on ne note jamais de dyspnée, ni troubles digestifs, tels que vomissements, ni troubles cardiaques, seulement un retard intellectuel. A la percussion de la face antérieure du thorax, dans la région para-sternale droite, on constate l'existence d'une matité franche, s'étendant jusqu'à la ligne mammelonnaire. A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire. Une radioscopie pratiquée, montre une importante ombre para-cardiaque droite pulsatile. La radiographie montre des images différentes, cette variabilité fait penser d'emblée à une hernie diaphragmatique : sur le cliché de face, on note : une petite image floue et une ligne fine se détachant de l'ombre cardiaque, dans l'anse cardiophrénique. De profil, apparaissaient des images hydro-aériques, s'étendant de la face postérieure du sternum jusqu'à l'ombre cardiaque en arrière; le pôle inférieur de ces images semble s'engager dans l'abdomen. Un repas baryté montre une inversion de position de l'antra et du pulcore, qui remonte dans le sac herniaire. Le lavement baryté montre un colon transverse dont une boucle occupe l'espace sus-diaphragmatique pré-cardiaque droit et qui semble fixée dans un véritable sac herniaire.

O B S : 39

André C..., a été hospitalisé en 1941 à l'âge de 9 ans après constatation à la radioscopie d'une anomalie de l'ombre cardiaque à droite, avec image claire cavitaire à son contact. Rien à signaler dans les antécédents. Examen médical alors négatif. Seul l'examen radiologique montre à la base de l'hémi-thorax droit, une tache arrondie, cernée d'un cercle plus clair, mêmes aspects de profil avec en plus, un aspect de bosselures. Les tomos situent ces images au maximum à 10, 13,5. Il est revu en janvier 1949 et l'hypothèse de hernie est soulevée sur les radiographies nouvelles. En effet, le lavement baryté montre qu'une anse colique très longue pénètre dans le thorax et qu'elle est située en position juxta-sternale. Intervention le 18

janvier 1949 : laparatomie médiane sus-ombilicale. L'orifice est parallèle au rebord chondral et conduit dans une cavité latéropéricardique, on réduit le colon et on ferme l'orifice herniaire. Bonnes suites opératoires. Le colon transverse a réintégré sa place normale. Il y avait un sac et une absence d'adhérence.

O B S : 40

Mme C..., Henriette, 53 ans, obèse, présente des troubles digestifs importants : dysphagie marquée, anorexie, régurgitations, vomissements alimentaires apparaissent dans le décubitus. Un examen radiologique montre le pôle supérieur de l'estomac en position intra-abdominale, mais le reste est intra-thoracique, para-cardiaque droit et antérieur. Une partie importante du colon participe à la hernie. Intervention le 20 décembre 1949 : laparatomie sus-ombilicale confirmant la présence d'un sac herniaire et des organes herniés : estomac, tout le colon droit, plus de la moitié du colon transverse. La fente est rétroxiphoidienne. La hernie était congénitale et coïncidait avec une absence de colon droit. Bonnes suites opératoires.

O B S : 41

Pierre M..., 11 ans, traumatisme important à l'âge de 13 mois, tousse beaucoup, un épisode colique avec vomissements. Intervention le 18 février 1947 : laparatomie médiane : orifice en gueule de four à grand axe transversal, cavité du volume d'une orange qui contenait l'angle gauche du colon. Hernie gauche par la fente de LARREY. Guérison.

O B S : 42

Marie V..., 5 ans, broncho-pneumonie à 6 mois, otite bilatérale à 18 mois. Soumise à un examen médical pour gêne respiratoire légère. Image de kyste de la base droite. Lavement baryté : hernie diaphragmatique par la fente de LARREY droite. Intervention le 7 mai 1948 : laparatomie médiane : orifice herniaire en gueule de four; dans le sac, on trouve la moitié droite du colon transverse, le lobe gauche du foie et des anses grêles. Suites simples, persistance de l'image du sac. Guérison.

O B S : 43

Joseph R...., 49 ans. Un examen scopique montre une image kystique de la base droite. Accroissement progressif de cette image. Intervention le 5 novembre 1948 : thoracotomie droite, existence d'un sac renfermant un grand nombre d'anses grêles. Décès le 8ème jour, dans un tableau d'insuffisance hépatique (éthylisme).

O B S : 44

Jean Marie B...., 56 ans, se plaint de palpitations, d'essoufflement, l'opacité para-cardiaque droite visible sur les radios est interprétée comme un kyste pleuro-péricardique. Intervention le 18 juin 1949 : thoracotomie droite. Hernie de la fente de LARREY droite, sac contenant un paquet d'épiploon. Résection du sac. D'autre part, exérèse d'un kyste pleuro-péricardique. Suites simples. Guérison.

O B S : 45

Mme T...., 51 ans, aucun passé digestif, en 1935 accident d'automobile, contusion thoracique droite. Depuis deux mois gêne respiratoire. Opacité para-cardiaque droite, très antérieure. Intervention le 9 décembre 1950 : thoracotomie droite. Sac contenant un paquet d'épiploon. Guérison.

O B S : 46

Mr F...., 39 ans, traumatisme par effort deux ans auparavant, il reste dyspnéique pendant trois semaines après avoir ressenti une douleur en coup de poignard, dans la partie droite du thorax. En scopie : opacité dense para-cardiaque au niveau du sinus costo diaphragmatique droit. Les examens avec lavement baryté ne renseignent pas sur la nature de la lésion : probabilité d'épiplocèle. Intervention : thoracotomie droite, tumeur du volume d'un pamplemousse. Incision du sac qui renferme de l'épiploon, résection du sac, fermeture de la brèche. Suites simples. Guérison.

O B S : 47

Henry V..., 77 ans, hernie diaphragmatique et ectopie abdominale du coeur. Troubles digestifs depuis quelques mois : douleurs épigastriques, vomissements alimentaires, amaigrissement. Accident d'automobile, choc sur l'épigastre quelques années avant le début des troubles. Intervention : laparatomie médiane : le coeur émerge d'une brèche diaphragmatique rétro-xiphoïdienne. Sac qui contient l'estomac et le transverse, et qui est constitué par le péricarde. Brèche de 10cm de diamètre située en arrière de l'appendice xiphoïde. Suites simples. Guérison.

O B S : 48

Louis L..., 39 ans, hernie diaphragmatique découverte d'une manière fortuite. Pas d'antécédent pathologique, pas de trouble fonctionnel, état général excellent, examen négatif sauf disparition de la matité normale en dedans de la ligne mammelonnaire droite. L'examen radiographique montre une volumineuse masse dense et homogène comblant le sinus pleuro-cardiaque droit, située derrière le sternum. Cette opacité présente un petit niveau liquide à sa partie supérieure. Plusieurs clartés de même type sont visibles. Un lavement baryté montre le colon transverse partiellement en ectopie. Intervention le 27 juillet 1950 : coeliotomie sus-ombilicale. La hernie comprend la majeure partie du colon transverse et du grand épiploon. La brèche a 9cm. de large sur 5cm. de profondeur. Existence d'un sac formé par le péritoine. Bonnes suites opératoires. Il est à remarquer que cette hernie est due à l'aplasie des deux faisceaux xiphoïdiens et des faisceaux d'insertion sur la 7ème côte

O B S : 49

Q.F..., 22 ans, hospitalisé pour débilité mentale. On pratique une radiographie pulmonaire, celle-ci montre une opacité à contours flous de l'hémithorax droit et au-dessous du diaphragme, une image aérique, traversée de bandes opaques.

On pense à du colon et un lavement baryté précise qu'il s'agit d'une hernie de la moitié du transverse dans sa partie médiane. De profil, il s'agit d'une hernie antérieure.

O B S : 50

Mr. Ge..., 22 ans, victime d'un accident de travail en novembre 1946, violemment comprimé entre un mur et un bloc de terre. Fortement choqué, il fait plusieurs poussées thermiques dont la dernière avec crachats hémoptoïques. Il souffre du côté droit, exacerbation à la toux et à l'inspiration profonde. La radiologie permet de distinguer une tumeur juxta-cardiaque arrondie en dôme, se projetant de profil dans l'angle cardio-phrénique. On pense à une tumeur révélée par le traumatisme. Intervention : thocotomie exploratrice : c'est une tumeur hépatique (lobe aberrant du foie) herniée par la fente de LARREY avec adhérences.

O B S : 51

Mme G... Espérance, 30 ans, présente des vomissements incoercibles, sans antécédent pathologique. On pense à une sténose du pylore. On fait donner par l'intermédiaire d'une sonde, une bouillie barytée et on constate l'existence de plusieurs organes herniés. Intervention le 11 novembre 1947 : laparatomie médiane sus-ombilicale, c'est une hernie rétro-xiphoïdienne droite qui contient : l'estomac, sauf la grosse tubérosité, la moitié supérieure du colon ascendant, la moitié droite du transverse et tout le grand épiploon. L'appendice xiphoïde est libre de toute insertion musculaire. Existence d'un sac herniaire. Les suites opératoires sont assez bonnes. On peut remarquer que cette hernie a été absolument muette jusqu'à son étranglement qui en a imposé pour une sténose due à l'estomac volvulé.

O B S : 52

Nourrisson de 9 mois, nombreux vomissements, grosse hernie à contenu colique, rétro-sternale. Son état général décline, on intervient par voie abdominale, existence d'un sac que l'on résèque.

O B S : 53

Marcel Duf..., 58 ans, découverte d'une anomalie thoracique de constitution récente, au cours d'un examen systématique. Cette anomalie consistait en une opacité homogène, peu dense, située dans l'angle cardio-phrénique droit. De profil cette

opacité est derrière la paroi thoracique antérieure. L'examen clinique est, par ailleurs, négatif. Le diagnostic d'abord soulevé, fut celui de kyste pleuro-péricardique, mais l'injection d'un litre d'air dans la cavité péritonéale montra que cette masse s'entourait d'air, ce qui impliquait un passage abdomino thoracique facile, l'hypothèse de hernie diaphragmatique fut alors retenue. On pouvait d'ailleurs apercevoir le collet de cette hernie, sous forme d'un très court ruban opaque. La suite de l'examen radiologique montra que le colon était en situation normale, ainsi que l'estomac. L'intervention fut différée et le sujet revu 18 mois après, ne présentait aucun trouble, mais la masse semblait avoir augmenté. Le contenu de cette hernie est vraisemblablement de l'épiploon.

O B S : 54

H...Jul. , âgée de 58 ans, de forte corpulence, elle a toujours été bien portante, pas de traumatisme violent. Elle est examinée en scopie en mars 1953, à la suite d'une poussée fébrile avec manifestations respiratoires sans gravité. Opacité importante de la base droite, d'aspect kystique, à localisation antérieure, pas de troubles fonctionnels, digestifs ou thoraciques. Examen du thorax négatif. C'est l'examen radiologique du thorax qui permet le diagnostic de hernie épiploïque de la fente de LARREY. De face : à droite, opacité homogène peu dense, occupant le 1/3 inférieur du champ pulmonaire. Le profil droit montre l'opacité localisée à la partie antérieure du thorax, en situation rétro-sternale. En Trendelenburg, l'opacité s'étale vers le haut, occupant plus de la moitié inférieure du champ pulmonaire droit, dans l'ensemble, l'opacité prend une forme quadrangulaire. Après pneumo-péritoine, la moitié supérieure de l'opacité est occupée par une clarté gazeuse. Il est intéressant de constater que le lendemain après le pneumo-péritoine la hernie s'est réduite spontanément.

O B S : 55

Homme de 55 ans, entre à l'hôpital en mai 1952, pour une image opaque de la base droite. Opéré en 1932 d'un kyste hydatique du foie, suites bonnes. Aucun trouble mais il passe un examen systématique et on découvre une anomalie de la base droite. L'examen radiologique montre de face : opacité en forme de coupole se projetant sur l'extrémité antérieure de la 5ème côte en haut et se confondant en bas avec l'ombre hépatique. De profil, on constate qu'il s'agit d'une image ronde. On pratique un pneumo-péritoine, l'air s'infiltre sous la coupole diaphragmatique

et précise qu'il s'agit d'une masse abdominale. Mais on ne peut affirmer que c'est une hernie diaphragmatique. On s'abstient de toute intervention.

O B S : 56

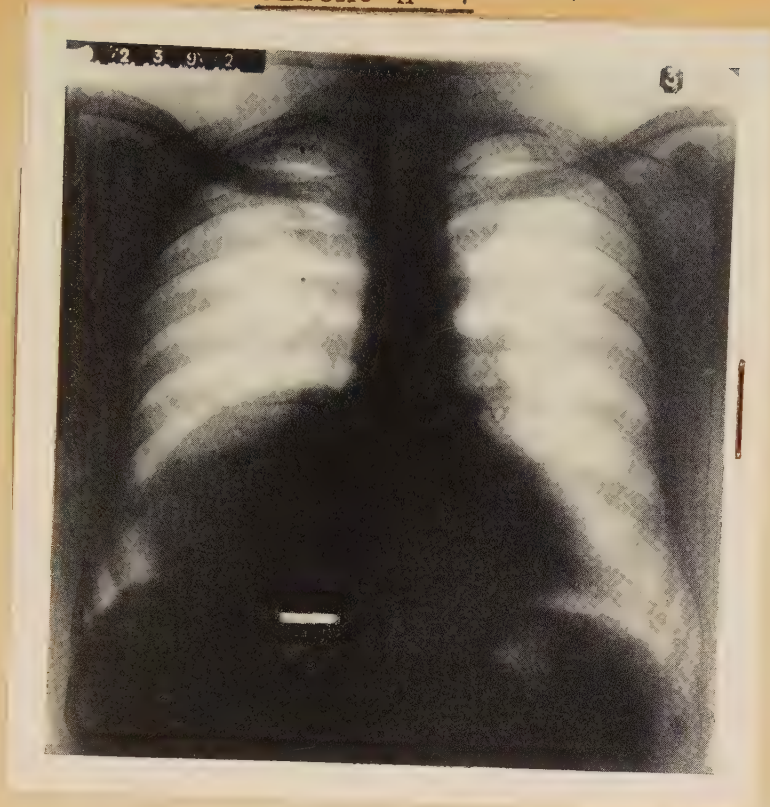
Homme de 56 ans, présentant une opacité arrondie de la base droite. Dans les antécédents, plusieurs épisodes bronchitiques et deux fois un diagnostic de pleurésie droite, non ponctionnée. Un pneumo-péritoine objective que cette opacité située dans l'angle costo-diaphragmatique antérieur, est une hernie diaphragmatique. L'intervention est pratiquée le 17 juillet 1952 médiane sus-ombilicale; dès l'ouverture, on aperçoit l'épiploon qui remonte dans le thorax. Il existe un sac d'une profondeur de 12 à 15cm. Il n'y a pas d'insertions diaphragmatiques sur le rebord chondro-costal. Fermeture. Dans les jours suivants, petit hématome.

O B S : 57

Monsieur A.L..., 46 ans, est adressé le 26 septembre 1953 à l'hôpital Laënnec. Rétrospectivement, il se plaint depuis novembre 1952 de dyspnée d'effort, toux et expectoration discrètes. En fait, il vient pour examen complémentaire d'un dépistage radiologique thoracique systématique, qui a révélé une opacité antéro-inférieure de l'hémithorax droit (cliché n°1). De face, opacité inférieure, dense, à contour semi-circulaire et d'un diamètre apparent de 10 à 12cm, du diaphragme au 8ème arc costal droit. De profil, opacité antérieure, le siège antéro-inférieur de cette opacité élimine formellement une localisation pulmonaire, cardiaque, aortique, oesophagique ou ganglionnaire (cliché n°2) Seule une néoformation kystique bénigne ou maligne ou une épilocèle de la fente de LARREY peut donner cette image.

- néoformation kystique congénitale (kyste pleuro-péricardique) ou acquise (kyste hydatique) : cette néoformation serait ancienne de plusieurs années, or la radioscopie thoracique était normale en avril 1952 et pareille image ne serait pas passée inaperçue, même à l'oeil le moins exercé.

Cliché n° 1



Cliché n° 2

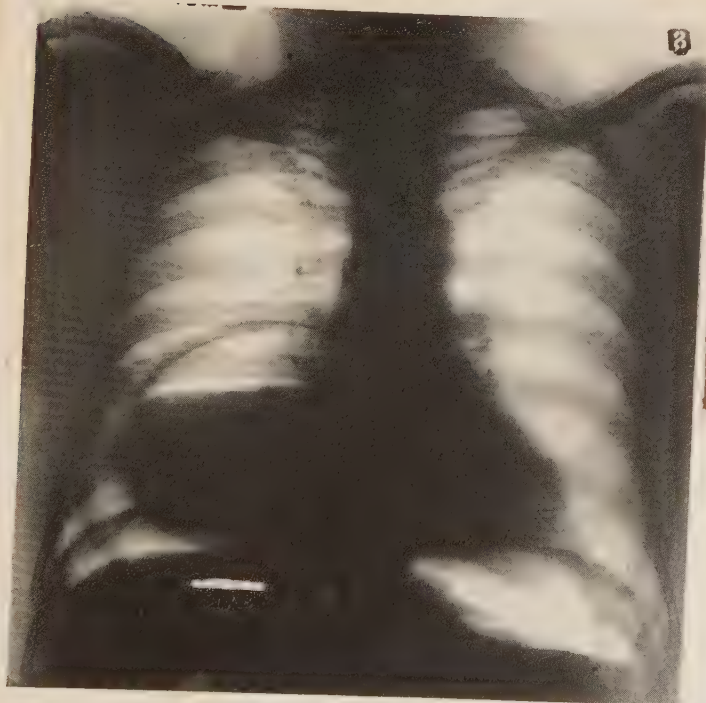


- néoformation kystique maligne : le fait qu'en avril et septembre 1953 cette opacité ait doublé de volume (l'hypothèse d'une hémorragie intra-kystique dans une néoformation bénigne n'étant pas retenue, cette néoformation kystique maligne étant elle-même éliminée) évoque l'hypothèse d'une néoformation kystique bénigne. Mais le siège de la néoformation n'est pas à l'étage inférieur du médiastin antérieur, c'est l'étage moyen.

- Epiplocèle de la fente de LARREY : pour toutes ces raisons, c'est le diagnostic de l'épiplocèle de la fente de LARREY qui nous apparaît le plus probable.

Diagnostic bientôt confirmé par l'intervention (Dr. RUDLER) et avant l'intervention par un pneumo-péritoine qui montre le passage de l'air dans le sac pleuro-péritonéal qui entoure l'épiploon hernié (cliché n°3 et n°4). Un lavement baryté et un examen d'estomac avec préparation montrèrent avant l'intervention que le colon et l'estomac ne participaient pas à cette hernie rétro-sternale (cliché n°5).

Cliché n° 3



Cliché n° 4



Cliché n° 5

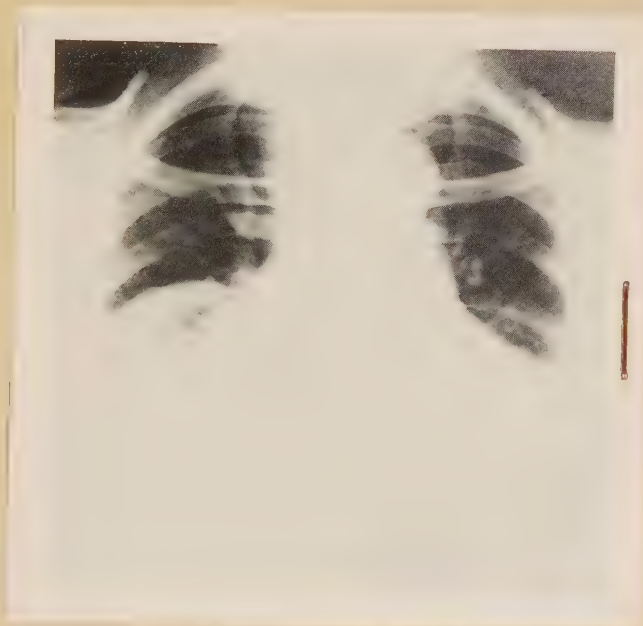




O B S : 58

Mme R..., 69 ans, se plaint de troubles respiratoires. Dans les antécédents pas de traumatisme important. Un examen radioscopique permet de constater une anomalie de la région thoracique inférieure. Des radiographies sans préparation montrent : de face : (cliché n°1) un thorax élargi dans sa partie inférieure, et une zone opaque refoulant à droite et à gauche le parenchyme pulmonaire ; la coupole gauche semble avoir perdu sa convexité, elle a un contour imprécis inhabituel ; à droite, l'opacité remonte plus haut dans l'hémithorax et présente dans sa partie interne une hyperclarté peu homogène. Le cliché de profil (cliché n°2) montre une zone opaque et claire par plage se situant derrière le sternum, de forme curviligne, mais de contours flous, elle remonte assez haut puisqu'elle atteint la partie inférieure du manubrium sternal. Un lavement baryté (cliché n°3) objective de façon péremptoire l'idée d'une hernie diaphragmatique et précise sa nature colique. Une radiographie d'estomac montre celui-ci en situation normale. L'orifice est très large et la boucle colique largement déroulée. Cette malade n'a pas été opérée.

Cliché n° 1

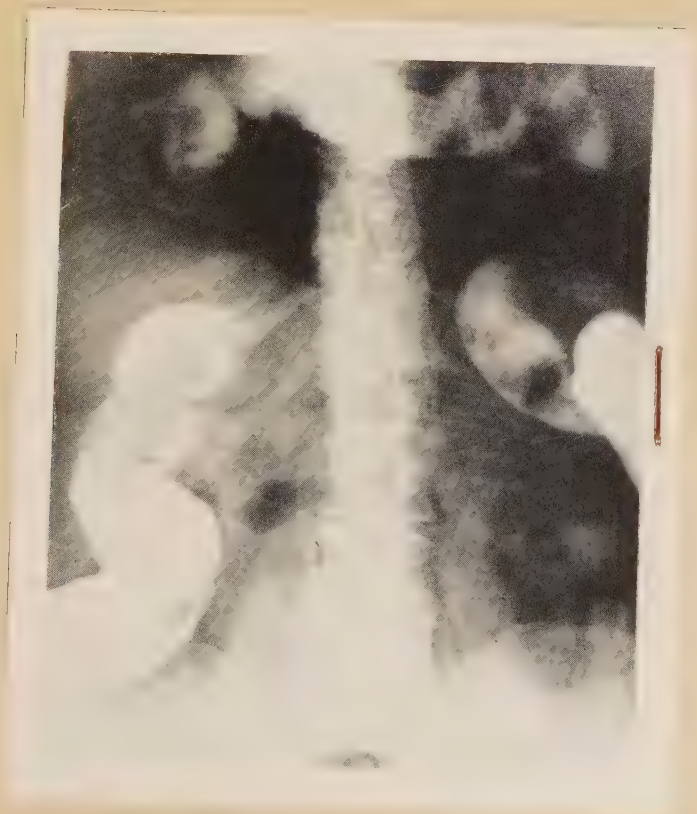




Cliché n° 2



Cliché n° 3



Cliché n° 4



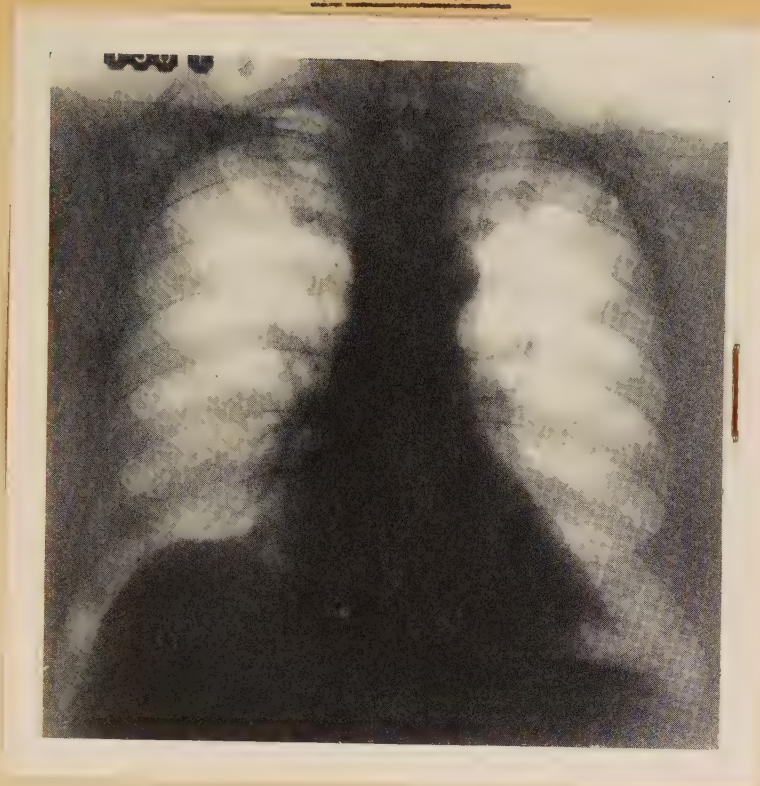
O B S : 59

Mr. R.G...., 55 ans. Traumatisme dans les antécédents de ce malade, mais pas de troubles digestifs et respiratoires. L'examen radiologique montre de face, une opacité ronde, bien dessinée de la base droite, ne présentant aucune transition avec la coupole diaphragmatique (cliché n°1); de profil, cette opacité est rétro-sternale, située dans l'étage antéro inférieur du thorax (cliché n°2). Le diagnostic de hernie diaphragmatique n'a pas été porté avant l'intervention (thoracotomie) il s'agissait d'une hernie (foie) à travers la fente de LARREY droite.

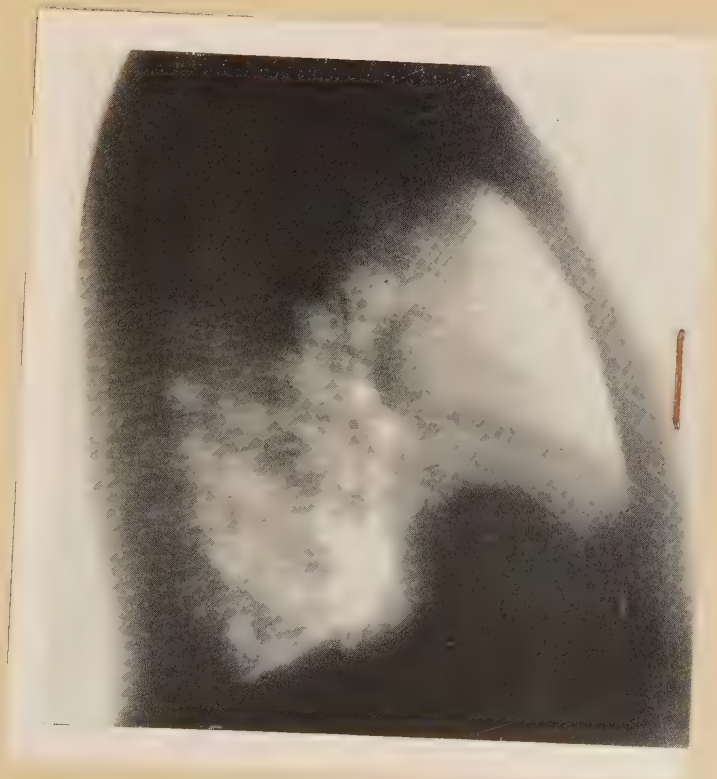
(voir clichés page suivante)



Cliché n°1



Cliché n° 2



O B S : 60

G... Homme sans antécédent traumatique, pas de signes cliniques ayant attiré l'attention. Découverte au cours d'un examen radioscopique, d'une opacité de la base droite. Comme dans l'observation précédente, le diagnostic a été porté après l'intervention : hernie diaphragmatique rétro-sternale à contenu hépatique.

ETUDE CLINIQUE ANALYTIQUE

- 1°) Hernies toutes formes (60 cas)

- 2°) Hernies simples (42 cas)

- A/ Hernies intestinales (25 cas)

- B/ Hernies épiploïques (12 cas)

- C/ Hernies hépatiques (5 cas)

- 3º) Hernies mixtes (18 cas)

- A/ Hernies gastro-intestinales (7 cas)

- B/ Hernies épiplo-coliques (7 cas)

- C/ Hernies diverses :

- 1.- hernie hépato-gastrique (1 cas)

- ## 2.- hernie hépato-intestinale (1 cas)

- ### 3.- hernies épiplo-gastro-intestinales (2 cas)

.....

Hernies toutes formes (suite)

.../...

Observation n°	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Masculin		+		+		+					+
Féminin	+		+		+		+	+	+	+	
Age	70	47	40	7	54	38	42	3,5	55	70	1
Spontanée		+	+	+				+			+
Provoquée					+					+	
S. digestifs			+		+					+	+
S. respiratoires		+		+				+			
Opacité				+						+	
Hyperclarté		+	+	+	+			+			+
Avant intervention		+	+	+	+			+		+	+
Après intervention											
Pneumopneumothorax						+	+		+		
Stomac		+			+						
Intestin	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+
Voie											
Thoracotomie											
Cure radicale		+	+	+	+						+
Autopsie	+					+	+		+		

.../...

Hernies toutes formes (suite)

.../...

Observation n°	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Masculin	+	+	+		+		+	+	+	+	+
Féminin				+		+					
Age	10	NN	12,5	60	28	59	39	36	47	28	18
Spontanée	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Provoquée											
S.digestifs				+		+				+	
S.respiratoires				+				+		+	
Opacité	+				+			+	+	+	+
Hyperclarté			+	+	+	+	+			+	+
Avant l'intervention	+		+	+	+		+		+	+	+
Après l'intervention						+		+			
Epiploon								+	+		
Estomac				+		+					
Intestin	+	+	+	+	+	+	+			+	+
Foie											
Thoracotomie								+			
Cure radicale			+	+		+	+		+		
Autopsie		+									

..../....

Hernies toutes formes (suite)

.../...

Observation n°	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Masculin	+	+	+	+		+		+	+		+
Féminin					+		+			+	
Age	20	34	3,5	9	53	11	5	49	56	51	39
Spontanée	+		+	+	+		+	+	+		
Provoquée		+				+				+	+
S.digestifs		+			+	+					
S.respiratoires		+				+	+	+	+	+	+
Opacité	+		+				+	+	+	+	+
Hyperclarté		+	+	+	+	+					
Avant l'intervention	+	+	+	+	+	+	+				
Après l'intervention								+	+	+	+
Epiploon									+	+	+
Estomac			+		+						
Intestin	+	+	+	+	+	+	+	+			
Foie							+				
Thoracotomie								+	+	+	+
Cure radicale		+		+	+	+	+				
Autopsie											

.../...

Hernies toutes formes (fin)

.../...

Obs. n°	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
masculin	+	+	+	+		+	+		+	+	+		+	+
Féminin					+			+				+		
Age	77	39	22	22	30	9 mois	58	58	52	56	46	69	55	51
Spontanée		+	+		+	+	+	+	+	+	+	+		+
Provoquée	+			+									+	
S.digest.					+	+								
S.respir.	+		+	+						+		+	+	
Opacité		+		+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Hyper-clarté	+	+	+		+	+						+		
Avant l'interv.	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+		
Après l'interv.				+									+	+
Epiploon		+			+		+	+	+	+	+	+		
Estomac	+				+									
Intestin	+	+	+		+	+						+		
Foie				+									+	+
Thoracotomie				+									+	+
C.radicale	+	+			+	+				+	+			
Autopsie														

=====

II/ HERNIES SIMPLES

A) Hernies intestinales

Observation n°	7	8	10	11	12	14	16	17	21	23	24
Masculin	+	+	+	+	+			+			+
Féminin						+	+		+	+	
Age	51	27	7	31	23	70	40	7	3,5	70	1
Spontanée	+	+	+	+	+		+	+	+		+
Provoquée										+	
S.digestifs	+	+	+	+	+		+			+	+
S.respiratoires		+	+					+	+		
Opacité		+						+		+	
Hyperclarté	+	+	+	+	+		+	+	+		+
Avant l'intervention	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+
Après l'intervention											
Intestin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Thoracotomie											
Cure radicale	+	+		+			+	+	+		+
Autopsie.						+					

.../...

hernies intestinales (suite)

.../...

Observation n°	25	26	27	29	31	34	35	36	37	39	41
Masculin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Féminin											
Age	10	NN	12	28	39	28	18	20	34	9	11
Spontanée	+		+	+	+	+	+	+		+	
Provoquée									+		+
S.digestifs						+			+		+
S.respiratoires						+			+		+
Opacité	+			+		+	+	+			
Hyperclarté			+	+	+	+	+		+	+	+
Avant l'intervention	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Après l'intervention											
Intestin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Thoracotomie											
Cure radicale			+		+				+	+	+
Autopsie		+									

.../...

hernies intestinales (fin)

.../...

Observation N°	43	49	52
Masculin	+	+	+
Féminin			
Age	49	22	9 mois
Spontanée	+	+	+
Provoquée			
S.digestifs			+
S.respiratoires	+	+	
Opacité	+		
Hyperclarté		+	+
Avant l'intervention		+	+
Après l'intervention	+		
Intestin	+	+	+
Thoracotomie	+		
Cure radicale			+
Autopsie			

B) Hernies épiploïques

Observation n°	1	20	32	33	44	45	46	53	54	55	56	57
Masculin			+	+	+		+	+		+	+	+
Féminin	+	+				+			+			
Age	80	42	36	47	56	51	39	58	58	52	56	46
Spontanée			+	+	+			+	+		+	+
Provoquée						+	+					
S.digestifs												
S.respiratoires			+		+	+	+				+	
Opacité			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Avant l'intervention				+				+	+	+	+	+
Après l'intervention			+		+	+	+					
Epiploon	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Thoracotomie			+		+	+	+					
Cure radicale				+							+	+
Autopsie	+	+										

C) Hernies hépatiques

Observation n°	5	13	50	59	60
Masculin	+	+	+	+	+
Féminin					
Age	foe- tus	1,5	22	55	51
Spontanée					+
Provoquée			+	+	
S. digestifs					
S. respiratoires			+	+	
Opacité			+	+	+
Hyperclarté					
Avant l'intervention					
Après l'intervention			+	+	+
Foie	+	+	+	+	+
Thoracotomie			+	+	+
Cure radicale					
Autopsie	+	+			

III/ HERNIES MIXTES

A) Hernies gastro-intestinales

Observation n°	15	18	28	30	38	40	47
Masculin	+				+		+
Féminin		+	+	+		+	
Age	47	54	60	59	3,5	53	77
Spontanée	+		+	+	+	+	
Provoquée		+					+
S.digestifs		+	+	+		+	
S.respiratoires	+						+
Opacité					+		
Hyperclarté	+	+	+	+	+	+	+
Avant l'intervention	+	+	+		+	+	
Après l'intervention				+			+
Estomac	+	+		+	+	+	+
Intestin	+	+		+	+	+	+
Thoracotomie							
Cure radicale	+	+		+		+	+
Autopsie							

B) Hornies épiplo-coliques

Observation n°	2	3	6	19	22	48	58
Masculin		+		+		+	
Féminin	+		+		+		+
Age	71	58	70	38	55	39	69
Spontanée						+	+
Provoquée							
S.digestifs							
S.respiratoires							+
Opacité						+	+
Hyperclarté						+	+
Avant l'intervention						+	+
Après l'intervention							
Epiploon	+	+	+	+	+	+	+
Colon	+	+	+	+	+	+	+
Thoracotomie							
Cure radicale						+	
Autopsie	+	+	+	+	+		

C) Hernies diverses

1°) hernies hépato-gastriques

Observation n°	4
Masculin	+
Féminin	
Age	1 jour
Spontanée	
Provoquée	
S.digestifs	
S.respiratoires	
Opacité	
Hyperclarté	
Avant l'intervention	
Estomac	+
Foie	+
Thoracotomie	
Cure radicale	
Autopsie	+
Après l'intervention	

2°) Hernies hépato-intestinales

Observation n°	42
Masculin	
Féminin	+
Age	5
Spontanée	+
Provoquée	
S.digestifs	
S.respiratoires	+
Opacité	+
Hyperclarté	
Avant l'intervention	+
Après l'intervention	
Intestin	+
Foie	+
Thoracotomie	
Cure radicale	+
Autopsie	

3°) Hernies épiplo-gastro-intestinales

Observation n°	9	51
Masculin	+	
Féminin		+
Age	57	30
Spontanée	+	+
Provoquée		
S.digestifs	+	+
S.respiratoires		
Opacité		+
Hyperclarté	+	+
Avant l'intervention	+	+
Après l'intervention		
Epiploon	+	+
Estomac	+	+
Intestin	+	+
Thoracotomie	+	
Cure radicale		+
Autopsie		

[illegible]

1°) ETUDE DES HERNIES TOUTES FORMES

2°) ETUDE DES FORMES CLINIQUES (48 cas)

A/ Formes simples (36 cas)

- 1.- Formes intestinales (23 cas)
- 2.- Formes épiploïques (10 cas)
- 3.- Formes hépatiques (3 cas)

B/ Formes associées (12 cas)

- 1.- Formes gastro-intestinales (7 cas)
- 2.- Formes épiplo-intestinales (2 cas)
- 3.- Formes diverses (3 cas)
 - a) forme hépato-intestinale (1 cas)
 - b) formes épiplo-gastro-intestinales (2 cas)

Nous éliminons de notre étude clinique synthétique les 12 observations anatomiques, découvertes d'autopsies, pour ne retenir que les 48 observations cliniques, découvertes radiologiques ou opératoires, comprises nos 4 observations personnelles recueillies dans le service du docteur EVEN, dont trois sont inédites.

Le premier groupe, observations anatomiques représente 20% et le second groupe, observations cliniques, 80% de l'ensemble des hernies rétro-costo-xiphoïdiennes.

Ces pourcentages ne sont pas rigoureusement exacts.

D'une part, il est certain que les H.R.C.X. ne sont pas systématiquement recherchées aux examens anatomiques et tous les sujets ne sont pas systématiquement soumis aux examens radiologiques ; d'autre part, lorsqu'elles sont connues anatomiquement ou radiologiquement, elles ne sont pas toujours publiées.

Aussi, de ces pourcentages, il ne convient de retenir que l'ordre de grandeur.

ETUDE DES HERNIES TOUTES FORMES

ETIOLOGIE :

AGE et SEXE :

Elles s'observent à tout âge et plus souvent chez l'homme 42 cas, (75%) que chez la femme, 18 cas (25%).

CAUSE :

Dans 9 cas (18,75%) un traumatisme récent ou ancien peut-être invoqué à leur origine, alors que dans 39 cas (81,25%) , elles apparaissent sans cause apparente.

CLINIQUE :

- dans 33 cas (68,75%) l'attention est attirée par des troubles digestifs ou respiratoires isolés ou associés.

- Formes digestives , 12 cas (25%), état nauséux, constipation, ballonnement.

- Formes digestives - type occlusif , 6 cas (10%)

- Formes respiratoires , 15 cas (31,25%) , point de côté, toux, dyspnée.

- Formes mixtes , 6 cas (12,5%)

- Formes latentes , 15 cas (31,25%).

Aucun trouble fonctionnel n'attire l'attention et elles constituent des découvertes radiologiques fortuites.

R A D I O L O G I E :

Dans 18 cas (37,5%) l'image est une opacité;

Dans 21 cas (43,75%) elle est une hyperclarté;

Dans 9 cas (18,75%) une association opacité-hyperclarté;

Dans 45 cas l'image se projette dans l'hémithorax droit;

Dans 7 cas, l'image se projette dans l'hémithorax gauche;

Dans 7 cas, l'image est située derrière le sternum en situation médiane.

Dans tous les cas, il s'agit d'une image régulière aux contours supéro-externes plus nets que les contours inféro-internes.

De face, cette image est héli-thoracique inférieure et de profil, héli-thoracique antérieure.

Cette localisation, inférieure de face et antérieure de profil, suffit presque à affirmer le diagnostic, même en l'absence de tous examens complémentaires, qui s'imposent cependant pour transformer ce diagnostic de probabilité en diagnostic de certitude.

En effet, un pareil siège élimine presque certainement :

- une affection ganglionnaire, jamais d'adénopathies volumineuses dans cette région, au moins sans participation des ganglions moyens et supérieurs.
- une affection pleurale médiastinale, pleurésie avec opacité à concavité externe ou hydro-pneumo-thorax à niveau liquide mobile.
- une affection pulmonaire lobaire, inférieure ou moyenne, mais moyenne elle n'est pas inférieure, et inférieure elle n'est pas antérieure.

De sorte que pour rares qu'elles soient, ces H.R.C.X. sont encore plus fréquentes que les affections susceptibles de donner un aspect radiologique identique :

- dysembryomes qui sont antérieurs, mais dans le médiastin moyen

- kystes pleuro-péricardiques à l'image fixe, même à intervalles éloignés, alors que l'H.R.C.X. est à image variable, même à intervalles rapprochés.

Toutefois, il est nécessaire pour confirmer le diagnostic de recourir à des examens complémentaires :

- Examen radiologique en position de TRENDELENBURG :

L'opacité, s'il s'agit d'une opacité, s'étale et s'agrandit dans le sens vertical ou ne se modifie guère, suivant que l'organe hernié est l'épiploon ou le foie.

- Examen radiologique après imprégnation barytée :

Présence du viscère creux hernié, estomac ou intestin , ou intestin et estomac.

- Examen radiologique pneumopéritoine :

L'air passe dans le thorax, vient se collecter entre la paroi pleuro-péritonéale du sac et l'organe hernié.

Le pneumopéritoine peut aussi permettre de distinguer les hernies épiploïques et les hernies hépatiques des simples déformations diaphragmatiques, anomalies fréquentes entre toutes , dans lesquelles le diaphragme reste visible au-dessus et non au-dessous de l'hyperclarté gazeuse.

En outre, alors que dans les hernies épiploïques l'angle de raccordement à la paroi antérieure est obtus, dans les hernies hépatiques et les déformations diaphragmatiques, il est aigu.

Enfin, dans les hernies hépatiques, il est souvent facile de suivre les contours du foie et dans les hernies épiploïques on note parfois des déformations du colon ou de l'intestin tiraillé par l'épiploon.

Le diagnostic pré-opératoire est toujours possible, alors que dans les observations que nous apportons, dans 9 cas (18,75%) le diagnostic a été fait à l'intervention et dans 39 cas (81,25%) auparavant.

T R A I T E M E N T :

Le traitement ne peut être que chirurgical.

La cure radicale a été réalisée dans 24 cas (50%) sans incidents.

Dans 24 cas (50%) abstention, dont 9 fois après thoracotomie exploratrice, en l'absence de diagnostic pré-opératoire.

Cette thoracotomie exploratrice ne fut pas complétée par une cure radicale qui paraissait :

inutile 4 fois, il s'agissait de l'épiploon;

dangereuse 3 fois, il s'agissait du foie;

aléatoire 2 fois, il s'agissait 1 fois d'un malade âgé et 1 fois d'une brèche diaphragmatique importante avec muscle de médiocre qualité.

E T U D E D E S F O R M E S C L I N I Q U E S :

Deux groupes de formes cliniques de H.R.C.X. Les formes simples et mixtes suivant qu'un ou plusieurs organes sont herniés.

A/ FORMES SIMPLES :

36 cas (75%) et, par ordre de fréquence décroissante, ce sont des formes intestinales, épiploïques et hépatiques.

1) F O R M E S I N T E S T I N A L E S :

23 cas (48%) , 21 colons, 1 grêle et 1 colon grêle.

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 9 mois à 70 ans. 20 hommes, 3 femmes.

Cause : 20 spontanées et 3 provoquées

CLINIQUE :

7 formes digestives, 4 respiratoires, 5 formes mixtes et 7 formes latentes.

RADIOLOGIE :

4 opacités, 14 hyperclartés, 5 opacités-hyperclartés, mais aucun contrôle opératoire pour les 4 opacités et 3 des 5 opacités-hyperclartés.

DIAGNOSTIC :

22 diagnostics pré-opératoires et 1 diagnostic post-opératoire.

TRAITEMENT :

12 cures radicales, et 11 abstentions dont 1 précédée d'une thoracotomie exploratrice.

En résumé : prédominance des formes digestives : hyperclarté presque constantes avec ou sans opacités associées ; cure radicale, sauf contre-indication relative tirée de l'âge ou de la latence clinique.

La contre-indication tirée de l'âge est plus valable que celle tirée de la latence clinique. Il faut toujours craindre un étranglement.

2) FORMES EPIPLOIQUES :

10 cas - 21% -

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 36 à 58 ans . 8 hommes et 2 femmes.

Cause : 8 spontanées et 2 provoquées.

CLINIQUE :

5 formes respiratoires et 2 formes latentes.

RADIOLOGIE :

10 OPACITES

DIAGNOSTIC :

6 diagnostics pré-opératoires et 4 diagnostics post-opératoires

TRAITEMENT :

3 cures radicales et 7 abstentions dont 3 après thoracotomie exploratrice.

En résumé : prédominance des formes respiratoires; opacités constantes; cure radicale, sauf contre-indication relative tirée de la bénignité de ces hernies épiploïques.

La contre-indication tirée de la bénignité des hernies épiploïques n'est pas valable. Bien que rare : l'étranglement est possible en l'absence d'une exploration chirurgicale, il est impossible d'affirmer que la hernie épiploïque n'est pas associée à une hernie gastrique ou intestinale.

3) FORMES HEPATIQUES :

3 cas (6%)

ETIOLOGIE :

Age et Sexe : 22 à 25 ans. 3 hommes - 1 spontanée - 2 provoquées.

CLINIQUE :

2 formes respiratoires et 1 forme latente.

RADIOLOGIE :

3 opacités

DIAGNOSTIC :

3 diagnostics post-opératoires

TRAITEMENT :

3 abstentions post-opératoires

En résumé : prédominance des formes respiratoires; opacités constantes ; contre-indication absolue de la cure radi-cale tirée du danger de l'intervention sur le foie.

La contre-indication tirée du danger de l'intervention sur le foie est valable, sous réserve que le diagnostic de hernie soit possible sans exploration chirurgicale préalable.

B/ FORMES ASSOCIEES :

1) FORMES GASTRO - INTESTINALES :

7 cas (15%) . 6 colons et 1 colon grêle .

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 3 à 77 ans - 3 hommes et 4 femmes -

Cause : 5 spontanées et 2 provoquées -

CLINIQUE :

4 formes digestives, 1 forme respiratoire et 2 formes latentes

RADIOLOGIE :

6 hyperclartés et 1 opacité-hyperclarté, mais, pour cette dernière, aucun contrôle opératoire.

DIAGNOSTIC :

5 diagnostics pré-opératoires et 2 diagnostics post-opératoires

TRAITEMENT :

5 cures radicales et 2 abstentions

En résumé : prédominance des formes digestives, hyperclartés constantes, associées ou non à des opacités; contre-indication relative tirée de l'âge ou de la latence clinique.

La contre-indication relative tirée de l'âge est plus valable que celle tirée de la latence clinique, il faut toujours craindre un étranglement.

2) FORMES EPIPLO - INTESTINALES :

2 cas (4%) .

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 39 et 69 ans - 1 homme et 1 femme

Cause : 2 spontanées -

CLINIQUE :

1 forme respiratoire et 1 forme latente

RADIOLOGIE :

2 opacités-hyperclartés

TRAITEMENT :

1 cure radicale et 1 abstention

En résumé : l'association hyperclarté-opacité signe la coexistence d'épiploon et d'estomac ou d'intestin.

3) FORMES DIVERSES :

3 cas (6%) -

a) FORME HEPATO-INTESTINALE : 1 cas (2%)

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 5 ans - femme

Cause : spontanée -

CLINIQUE :

forme respiratoire.

RADIOLOGIE :

Opacité

DIAGNOSTIC :

Diagnostic pré-opératoire

TRAITEMENT :

Cure radicale

b) HERNIES EPIPLO-GASTRO-INTESTINALES : 2 cas (2%)

ETIOLOGIE :

Age et sexe : 30 et 57 ans - 1 femme et 1 homme -

Cause : 2 spontanées -

CLINIQUE :

2 formes digestives

RADIOLOGIE :

1 hyperclarté et 1 opacité-hyperclarté

TRAITEMENT :

1 cure radicale et 1 abstention après exploration chirurgicale.

En résumé : les formes diverses sont trop rares pour permettre des déductions valables.

Les hernies rétro-costo-xiphoïdiennes représentent 3 à 5 % de l'ensemble des hernies diaphragmatiques.

Peu ou mal connues avant l'ère radiologique, les H.R.C. cliniquement silencieuses, deviennent des découvertes radioscopiques. Le diagnostic est porté du vivant des malades et notre connaissance de cette affection s'en trouve augmentée.

La fente de LARREY, droite ou gauche, solution de continuité anatomiquement présente, de la partie antérieure et médiane du diaphragme offre un passage plus ou moins facile aux viscères abdominaux, soumis à des pressions traumatiques ou physiologiques.

Cette affection s'observe à tout âge, plus souvent chez l'homme que chez la femme. Dans la grande majorité des cas, son apparition est spontanée et presque toujours la hernie siège à droite.

Les formes les plus souvent observées sont, par ordre décroissant :

- formes intestinales (colon surtout)
 - formes épiploïques
 - formes gastro-intestinales
 - formes hépatiques
 - formes épiplo-intestinales
 - autres formes
- les formes intestinales sont caractérisées par les signes digestifs et une hyperclarté presque constante avec ou sans opacité associée.
 - les formes épiploïques et hépatiques, par les signes respiratoires et l'opacité constante visible sur les clichés.
 - les formes gastro-intestinales et épiplo-intestinales, par les signes cliniques à prédominance digestive et par une hyperclarté associée ou non à des opacités.

Le diagnostic est évoqué par le fait que, d'une part, ces hernies siègent dans la partie antérieure et inférieure d'un héli-thorax et que d'autre part, les images radiologiques sont variables d'un examen à l'autre, on doit cependant, discriminer essentiellement les kystes pleuro-péricardiques et les déformations diaphragmatiques, grâce à l'examen radiologique pratiqué après imprégnation barytée gastro-colique et pneumo-péritoine.

Le traitement en est la cure radicale, intervention :

- qui s'impose dans les formes intestinales par crainte d'un étranglement ;

- qui se discute dans les autres formes,
 - soit parce qu'elle est dangereuse (formes hépatiques)
 - soit parce que l'on tire une contre-indication de l'âge du sujet
 - soit enfin, parce que la latence clinique permet un bon pronostic.

:--:--:--:--:--:--:--:--:

B I B L I O G R A P H I E

- ANDRE obs. n° 18
BARRAYA obs. n° 52
BAUMGARTNER obs. n°8
BRISKAS, LEISSNER obs. n°38
BROCARD, ROCHE, DAUMET obs. n° 53
CAZEILLE obs. nos 34,35,36
CONSTANTINI obs. n° 24
CONTAT obs. N°13
CORNIOLEY obs. n° 7
CREYSSEYL , MAILLET , BERTOYE obs. n° 39
DELANNOY, LAGACHE, DEVAMBEZ, G.LEMAITRE obs. n°40
DELMAS - Anatomie du Thorax -
DENIS obs. n°16
DENISART - Journal de Chirurgie - 1951 - p. 407 -
DEVOIS obs. n°12
DROUET, FAIVRE,G. de REN, SADOUL , obs. n°50
DUBREUIL - Leçons d'Embryologie humaine - 1929 -
DUGUET - Thèse de Paris 1866
DUJARRIER et ROUILLARD obs. n°9
DUVAL - Bulletin et mém. de la Ste Nle de Chirurgie - t.50 1924
p. 373 -
ECONOMOS - Thèse Doctorat de Paris 1949 - Dactyl. n°579 -
EDDINE - Thèse Paris 1949 -
EVEN obs. 58,59,60.

- EVEN , MORIN, SORS obs. n°57 -
- FEY et BRAINE obs. n°6
- FREBET, JUQUELIER, BOISSIN obs. n°51
- FUNCK-BRENTANO, LEDOUX-LEBARD obs. n°23
- FUNCK-BRENTANO, MEGUIN, ALLARD obs. n°14
- GARRAUD et BASTIEN obs. nos 19 et 20
- GOBLET obs. nos 1 et 2
- GRENIER DE CARDENAL obs. n° 3
- JAMAIN et SACHS obs. n°22
- LEBON, CURTILLET, AMOROS, HOUEL obs. nos 32 et 33
- LEMAITRE obs. n°10
- LENORMAND, BLOCK, MAUCLAIRE obs. n°15
- MENEGAUX, CONSTANTINI, CURTILLET, POILLEUX - Rapport au Congrès
de Chirurgie 1935 - p. 762 -
- MOURIQUANT, DAUVERGNE et GRENOT obs. n°25
- NAU obs. nos 4 et 5
- NELATON - Element de pathologie chirurgicale 1857 T.IV
- PARRIQUE obs. n°29
- PEYCELON, LATARJET obs. n°30
- PIERRET et BRETON obs. n°17
- QUENU (J) obs. nos 27 , 31 et 37
- RICARD, CORNIERE, HARDY obs. n°49
- ROCHE, J.B. KONOS et Ch. DREYER-DUFER obs. n°54
- ROUVIERE (H) - Anatomie humaine, descriptive et topographique
1948
- ROUX, NEGRE, BORIES, AZEAU obs. n°48
- SANTY, BERARD, MONTEL obs. n°28

VU :

VU :

Le Président de Thèse :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mr. BARIETY

Léon BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH.

77